
LES INTOXICATIONS AIGUES PAR INGESTION DE PRODUITS CAUSTIQUES

A propos de 285 observations recueillies
dans le service de réanimation de l'Hôpital d'El-Kettar
du 1^{er} janvier 1966 au 31 décembre 1972

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le

par

AIT SLIMANE Ahmed

né le 16 octobre 1945 à Tamlouka (Constantine)

MEMBRES DU JURY

MM. M. DRIF : Professeur de clinique de Médecine Expérimentale	} Président
M. KEBBOUCHE : Professeur d'Hygiène, Hydrologie et Médecine préventive.	
A. AIT KHALED : Professeur de Clinique de Maladies Infectieuses	} Juges
J.P. GRANGAUD : Professeur de Clinique de Pédiatrie, Puériculture	

LES INTOXICATIONS AIGUES PAR INGESTION DE PRODUITS CAUSTIQUES

À propos de 285 observations recueillies
dans le service de réanimation de l'Hôpital d'El-Kettar
du 1^{er} janvier 1966 au 31 décembre 1972

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le.....

par

AIT SLIMANE Ahmed

né le 16 octobre 1945 à Tamoulouka (Constantine)

MEMBRES DU JURY

MM. M. DRIF : Professeur de clinique de Médecine Expérimentale	} Président
M. KEBBOUCHE : Professeur d'Hygiène, Hydrologie et Médecine préventive.	
A. AIT KHALED : Professeur de Clinique de Maladies Infectieuses	} Juges
J.P. GRANGAUD : Professeur de Clinique de Pédiatrie, Puériculture	

UNIVERSITY OF LEIDEN
LIBRARY

LES INTOXICATIONS AIGUES PAR INGESTION DE POISSONS CHALUMES

PAR
M. le Dr. J. VAN DER WOUDE
Médecin à l'Hôtel-Dieu de Rotterdam



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples, et selon la tradition
d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux
lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de
la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon tra-
vail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne
verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les
secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes
Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que
j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si
je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert
d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

- JE DEDIE CETTE THESE :

- A ma mère
- A mon père

Avec toute mon affection

- A mon frère Yahia
- A mes frères et soeur
- A tous les miens
- A mon oncle KARDACHE Mohand

Pour tout ce qu'il a fait pour moi

- A Amar et Malek MEZANI
- A tous mes amis.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. DRIF.

Nous avons le privilège de travailler dans votre service depuis deux ans.

Nous avons toujours apprécié vos qualités humaines et votre rigueur scientifique.

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse et vous nous avez guidé dans son élaboration.

Nous ne saurions qu'imparfaitement vous exprimer notre respect et notre attachement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548212_0008

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. KEBBOUCHE :

Nous avons grandement bénéficié de votre enseignement clair et dynamique à la Faculté.

Vous avez bien voulu vous intéresser à notre travail et nous faire l'honneur de le juger.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respectueuse admiration pour votre haute compétence et vos grandes qualités humaines.

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. ATT KHALED

Nous avons pu bénéficier de votre enseignement rigoureux au cours de vos leçons magistrales.

Nous aimerions vous dire l'admiration que nous portons à l'homme de science et à l'un des maîtres les plus attachants de notre faculté.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail ; nous vous en remercions et vous assurons de notre entier dévouement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.P. GRANGAUD :

Vous nous avez toujours accueilli avec bienveillance dans votre service. Nous avons pu bénéficier de votre enseignement tant à l'amphithéâtre qu'au lit du malade. Vos leçons restent pour nous un exemple de clarté. Nous avons pu trouver en vous un homme de science et de qualités humaines exceptionnelles.

Vous avez accepté de nous honorer en comptant parmi les membres de notre jury.

Nous vous prions de trouver là l'expression de nos vifs remerciements et de notre profond respect.

- Aux Docteurs

RAHIL A.

ZIDANE L.

Pour notre amitié et l'aide précieuse
qu'ils ont apportée à l'élaboration de ce travail.

- A tous nos MAITRES de la Faculté

- A tous nos MAITRES des Hôpitaux

- Au personnel para-médical du C.H.U. d'El-Kettar et
plus particulièrement à celui du service WIDAL

- Au personnel para-médical du service de Réanimation-
Toxicologie du C.H.U. de Mustapha.

- A Melle ADDADI S.

et M. BENZOUACHE A.

qui m'ont précieusement aidé dans la
réalisation technique de ce travail.

INTRODUCTION

Les caustiques sont des substances chimiques ou basiques, formées à partir d'éléments minéraux ou organiques.

Ils entrent dans la composition de très nombreuses préparations industrielles à usage domestique, commercialisées sous formes de solutions de poudres ou de cristaux, servant à à divers travaux ménagers de nettoyage et d'entretien.

Qu'il s'agisse d'acide ou de base, la toxicité de ces produits est essentiellement liée à leur action corrosive. Cette propriété caractéristique permet de réunir toutes ces substances sous le vocable de produits caustiques. En outre, compte tenu de leur utilisation domestique fréquente, on parlera plus précisément de caustiques ménagers.

Parmi les intoxications admises dans le service de réanimation de l'Hôpital d'El-Kettar de 1966 à 1972, un fait nous a frappé : le nombre élevé de sujets intoxiqués par ingestion de produits caustiques, au sein duquel les enfants comptent un pourcentage notable.

Nous avons entrepris ce travail dans un double but :

1/ Attirer l'attention sur ce type d'intoxication survenant souvent de façon accidentelle et dont la responsabilité incombe aux parents.

2/ Tenter d'étudier le tableau clinique et de dégager les gestes thérapeutiques spécifiques à mettre en oeuvre vis-à-vis de chaque intoxication.

Nous avons adopté comme plan :

I/ ETUDE D'ENSEMBLE

II/ ETUDE ANALYTIQUE

III/ CONCLUSIONS

CHAPITRE -I-

ETUDE D'ENSEMBLE

Dans ce chapitre, à propos de 285 intoxications par ingestion de caustiques hospitalisées dans le service de réanimation de l'Hôpital d'El-Kettar, de 1966 à 1972, nous étudions successivement :

I/ Les données étiologiques

2/ Les données évolutives.

I - LES DONNEES ETIOLOGIQUES -

I. La fréquence :

285 sujets ont été admis de 1966 à 1972, soit en 7 ans, dans le service de Réanimation du C.H.U. D'EL-KETTAR à ALGER, pour ingestion de produits caustiques.

Le tableau n° I figure la répartition annuelle des cas observés :

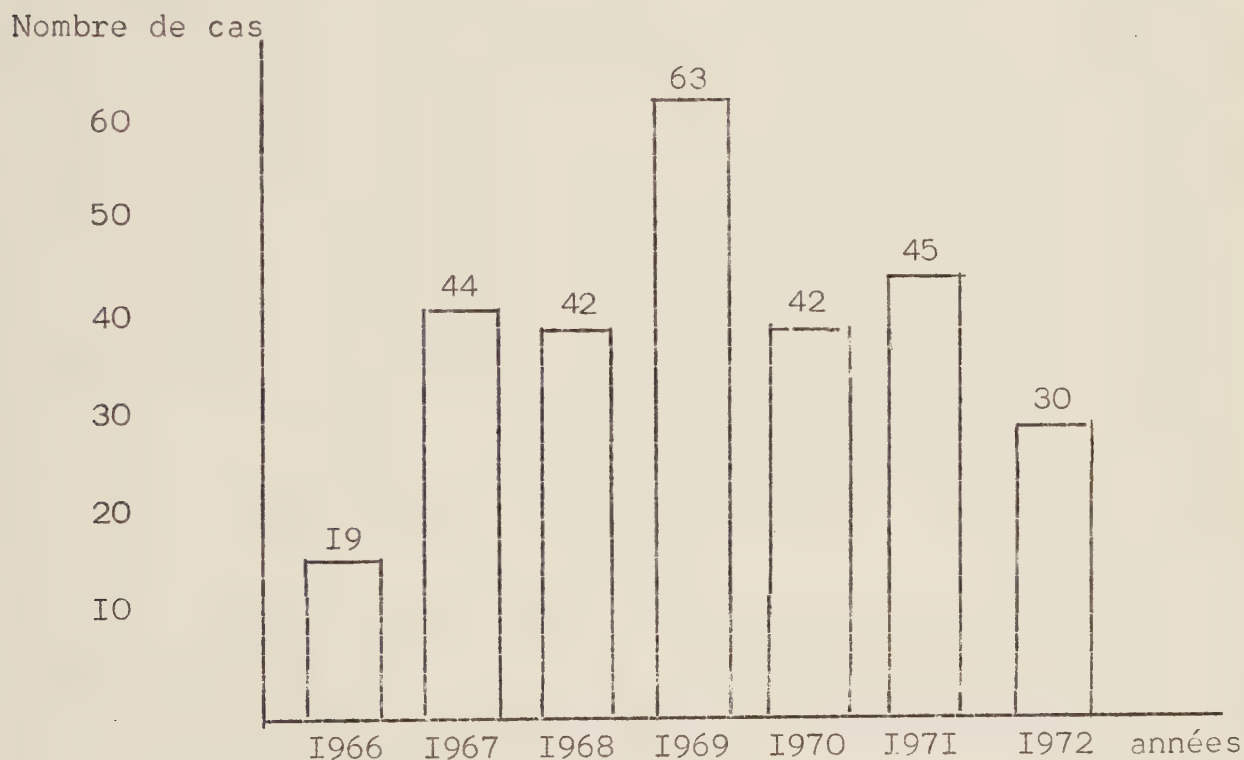
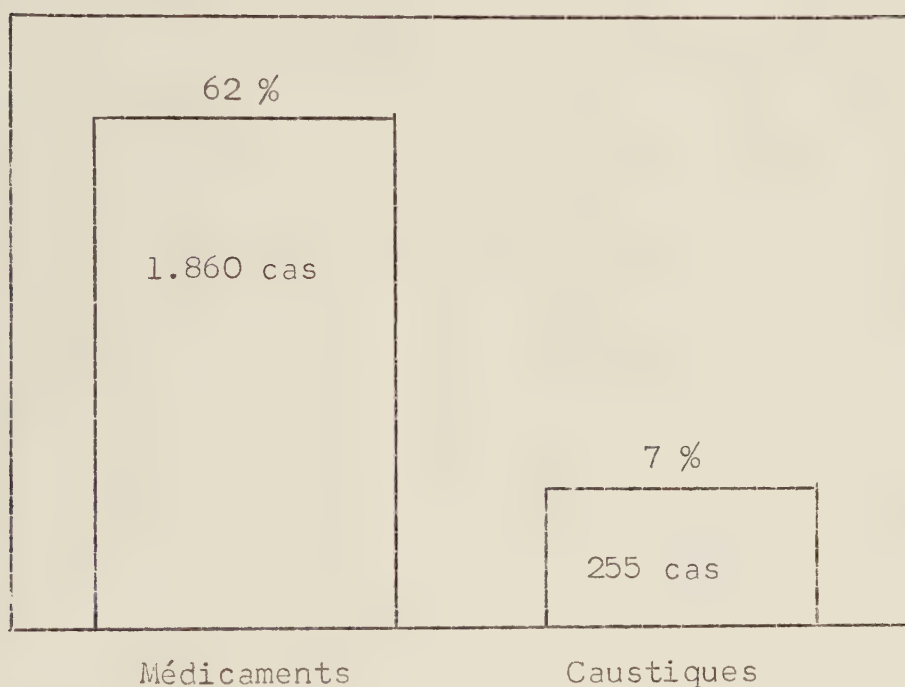


Tableau n° I : Répartition annuelle des cas.

Dans une étude faite récemment dans le service par le Dr ZIDANE (Thèse 1972) portant sur l'analyse globale de tous les cas d'intoxications observés de 1966 à 1971 (3.332 cas), la part qui revient aux caustiques (255 cas) représente 7 % du total. Ce pourcentage est faible par rapport au nombre des intoxications médicamenteuses observées au cours de la même période (1.860 cas soit 62 %).



Intoxication par les caustiques par rapport à l'intoxication médicamenteuse.

(Chiffres relatifs à 3.332 cas observés de 1966 à 1971 - d'après le Dr ZIDANE - Thèse 1972).

Si dans une deuxième analyse on compare le nombre d'intoxications par ingestion de caustiques à celui des intoxications par les médicaments les plus courants (barbituriques, neuroleptiques, tranquillisants) on se rend compte que l'intoxication par caustiques est une éventualité fréquente.

Le tableau n° 2 résume cette constatation :

Produits en cause	Nombre de cas	Pourcentage
BARBITURIQUES	630	19 %
TRANQUILLISANTS	441	13 %
NEUROLEPTIQUES	281	8 %
CAUSTIQUES	255	7 %

Tableau n° 2 : Fréquence de l'intoxication par ingestion de caustiques par rapport aux intoxications médicamenteuses les plus courantes -
(d'après le Dr ZIDANE - Thèse 1972).

Une troisième constatation vient des faits suivants :

- Dans le service de Réanimation, les intoxiqués sont la plupart originaires d'Alger ou de sa banlieue, un nombre minime vient des autres villes.

- De plus, de nombreux intoxiqués par caustiques sont hospitalisés, pour les uns, dans les services de chirurgie, pour les autres, des enfants essentiellement, dans les services de pédiatrie.

Aussi cette étude portant sur 285 observations colligées en 7 ans n'est qu'un reflet infidèle de la fréquence réelle de cette intoxication dans notre pays.

2/ L'âge :

Le tableau n° 3 indique la répartition des malades en fonction de l'âge :

A G E	Nombre de cas	Pourcentage
0 à 15 ans	86	30,17 %
15 à 30 ans	166	58,24 %
30 à 50 ans	27	9,47 %
50 à 70 ans	6	2,10 %

Tableau n° 3 : Répartition en fonction de l'âge.

L'analyse de ce tableau note que :

- Le maximum de fréquence s'observe dans les tranches d'âges de 0 à 15 ans et entre 15 et 30 ans, représentant respectivement 30, 17 % et 58,24 % des cas.

- Dans la tranche d'âge comprise entre 0 à 15 ans, la répartition des malades est figurée dans le tableau n° 4 :

A G E	Nombre de cas	Pourcentage
0 à 1 an	2	2,53 %
1 à 3 ans	59	74,68 %
3 à 15 ans	18	22,78 %

Tableau n° 4 : Répartition des malades dans la tranche d'âge de 0 à 15 ans.

Au total :

- 88,41 %, soit plus de 3/4 des sujets ont un âge compris entre 0 et 30 ans.
- Dans la tranche de 0 à 15 ans, 77,21 % des intoxiqués ont un âge compris entre 0 et 3 ans.

Cette analyse témoigne de la fréquence élevée de cette intoxication chez les adolescents, les adultes jeunes et les petits enfants.

3/ Le sexe :

Les 285 malades se répartissent en :

- 169 adultes du sexe féminin
- 37 adultes du sexe masculin
- 79 enfants

Les enfants mis à part, on note une nette prédominance féminine chez l'adulte, représentant 59 % du chiffre total comme le montre le tableau n° 5 :

S E X E	Nombre de cas	Pourcentage
Hommes	37	13 %
Femmes	169	59 %
Enfants	79	28 %

Tableau n° 5 : Nombre de cas et pourcentage en fonction du sexe.

4/ Caractère de l'intoxication :

En fonction du caractère volontaire ou accidentel de l'intoxication, le bilan de nos 285 malades se répartit de la façon suivante : (tableau n° 6).

	INTOXICATION VOLONTAIRE	INTOXICATION INVOLONTAIRE
HOMMES	28	9
FEMMES	153	16
ENFANTS	0	79
Total :	181	104
Pourcentage :	63 %	37 %

Tableau n°6 : Répartition des malades selon le mode d'intoxication

a) l'intoxication volontaire :

C'est la plus fréquente, elle représente 63 % du total. Les tentatives de suicide par ingestion de caustiques prédominent chez les femmes qui totalisent à elles seules 53 % des cas rapportés. Des problèmes d'ordre scolaire (échec aux examens) professionnel et surtout les conflits familiaux engendrés le plus souvent par la transplantation en milieu urbain, sont à l'origine de ces intoxications volontaires. Parmi les 285 malades, seuls sept d'entre eux présentaient une tare antérieure (cinq psychopathes et deux épileptiques).

b) l'intoxication accidentelle :

Elle intéresse 37 % des cas dans notre statistique. Mais, fait important, le maximum d'accidents par ingestion de caustiques s'observe chez les enfants et représente 28 % du total des malades.

L'incurable négligence humaine est à l'origine de ces accidents, qu'il s'agisse de l'assoiffé (e) se saisissant du mauvais flacon rangé anonymement parmi la boisson, de la bouteille de limonade ou l'on a transvasé le caustique, ou du jeune enfant victime de sa curiosité orale et du manque d'ordre et de surveillance des parents.

5/ Les toxiques en cause :

L'ingestion volontaire ou accidentelle de ces caustiques ménagers, qui sont des substances corrosives, détermine au niveau de la muqueuse bucco-pharyngée et du tractus digestif des lésions qui vont de la simple irritation à la destruction tissulaire complète. L'importance de ces lésions locales initiales et leur retentissement général ultérieur, sont fonction de plusieurs facteurs :

- La nature minérale ou organique du produit ;
les acides et les bases organiques sont dans
l'ensemble moins caustiques.
- La concentration du produit : les lésions seront
d'autant plus graves que le produit sera plus
concentré.
- La quantité ingérée.
- La durée du contact du caustique avec la muqueuse
digestive.

Pour nos malades les caustiques ménagers en
cause sont les suivants :

- l'acide chlorhydrique ou muriatique, appelé communément
esprit de sel,
- l'hypochlorite de sodium ou eau de javel,
- la permanganate de potassium,
- la soude,
- l'ammoniaque,
- la potasse.

En fonction de la nature acide ou basique du
produit ingéré, le nombre de cas observés se trouve dans le
tableau n° 7 :

Nature du caustique	Nombre de cas	Pourcentage
A C I D E	70	24,56 %
B A S E	215	75,42 %

Tableau n° 7 : Nombre de cas en fonction de la nature acide ou basique du caustique.

L'intoxication aux alcalis prédomine nettement avec 215 cas, soit 75,42 %.

La répartition des malades en fonction du produit en cause se retrouve dans le tableau n° 8 :

Produit	Nombre de cas	Pourcentage
Eau de javel	186	65,26 %
Esprit de sel	70	24,56 %
Permanganate de Potassium	14	4,9 %
Soude	5	1,75 %
Ammoniaque	5	1,75 %
Potasse	5	1,75 %

Tableau n° 8 : Nombre de cas en fonction du caustique en cause

L'étude de ce tableau montre que :

a) par rapport au chiffre global, l'eau de javel est responsable à elle seule de 65,26 % des intoxications par absorption de caustiques.

b) l'acide chlorhydrique (esprit de sel) vient au deuxième rang avec 24,56 %, soit environ 1/4 des cas.

Ceci s'explique par le fait que ce sont les deux caustiques ménagers les plus couramment employés en Algérie.

II - LES DONNEES EVOLUTIVES :

I. Evolution d'ensemble :

Nous avons figuré dans le tableau n° 9 l'évolution des 285 cas colligés dans le service :

	Nombre de cas	Pourcentage
Guérisons	264	93 %
Séquelles digestives	8	2 %
Décès	13	5 %

Tableau n° 9 : Bilan évolutif global.

On remarque que :

- 264 sujets, soit 93 % du total, ont quitté le service guéris.
- 8 d'entre eux, soit 2 %, ont présenté des séquelles digestives.
- 13 malades, soit 5 %, sont décédés.

2. Evolution en fonction du caustique en cause :

Le tableau n° IO figure l'évolution pour chaque produit ingéré :

	Nombre de cas	Guérisons	Séquelles digestives	Décès
Eau de javel	186	186	0	0
Esprit de sel	70	49	8	13
Permanganate de potassium	14	14	0	0
Soude	5	5	0	0
Ammoniaque	5	5	0	0
Potasse	5	5	0	0

Tableau n° IO : Evolution en fonction du caustique absorbé.

Comme le montre le tableau n° IO, seul l'esprit de sel est responsable des I3 décès et des 8 séquelles digestives chez les 285 malades. On est tenté d'affirmer alors la bénignité des autres produits, c'est là une erreur grossière compte tenu des nombreux facteurs qui interviennent dans la genèse de cette intoxication (quantité absorbée, concentration...). Le fait capital à souligner ici est l'extrême gravité que peut revêtir ce type d'intoxication, puisqu'un produit à lui seul est responsable parmi 70 cas, de 18,57 % de décès et de 11,42 % de séquelles.

3. Les séquelles digestives :

Ce sont des rétrécissements cicatriciels siégeant au niveau de l'oesophage ou de l'estomac qui se forment dans des délais variables après la phase aiguë de l'intoxication. Ces sténoses réduisent de façon importante la lumière des conduits digestifs aboutissant à des troubles fonctionnels graves.

Huit de nos malades ont présenté des séquelles digestives de ce type et dans sept cas l'intoxication a été volontaire.

4. Les décès :

Dans la statistique du Dr ZIDANE (Thèse 1972), la mortalité par ingestion volontaire ou accidentelle de caustiques s'élève à 11 décès sur 255 cas observés de 1966 à 1971, et vient au deuxième rang après les intoxications médicamenteuses. Celles-ci, responsables pour la même période de 24 décès sur 1.860 cas.

L'analyse des décès en fonction du mode d'intoxication est consignée dans le tableau n° II :

	Intoxication Volontaire	Intoxication Involontaire
D E C E S	9	4

Tableau n° II : Le décès en fonction du caractère volontaire ou accidentel de l'intoxication.

Il y a une nette prédominance des décès lors des tentatives de suicide. Dans ces cas l'absorption est souvent massive et engendre un drame clinique dominé essentiellement par un état de choc sévère. Les troubles hémodynamiques interfèrent avec d'autres désordres graves liés à une destruction importante de la paroi du tube digestif allant jusqu'à la perforation. L'atteinte du carrefour aéro-digestif engendre une insuffisance respiratoire aiguë, évoluant vers un état d'asphyxie mortelle.

Dans la majorité des cas le choc emporte le malade dans les premières heures qui suivent l'ingestion.

o

o o

CHAPITRE - II -

ETUDE ANALYTIQUE

INTOXICATION PAR INGESTION

D'EAU DE JAVEL

I - LE PRODUIT :

1) Caractéristiques générales :

L'eau de javel est théoriquement une solution d'un oxydant fort : l'hypochlorite de potassium, ClOK. En fait dans le commerce, les solutions sont à base d'hypochlorite de sodium ClONa, coloré par adjonction de bichromate de potassium.

Elle est couramment utilisée dans les foyers pour le blanchiment du linge, et employée également comme désinfectant, en particulier de l'eau de boisson.

L'hypochlorite de sodium est commercialisée sous deux formes principales :

- l'eau de javel en bouteille d'un litre diluée (12°)
- l'eau de javel en berlingot (emballage en plastique) concentrée (30°).

Cette distinction est capitale car la forme concentrée (berlingot) est toujours dangereuse quel que soit le mode d'intoxication.

En effet la concentration des solutions diluées est de 3 à 6 % soit pour un litre 30 à 60 grammes d'hypochlorite de sodium. Ces 30 à 60 grammes se retrouvent intégralement dans le concentré du berlingot destiné à reconstituer un litre d'eau de javel.

2) Toxicité :

La toxicité de l'eau de javel est caractérisée par une action caustique et oxydante sur les muqueuses digestives et par dégagement de chlore en présence d'acides.

II - LE BILAN ETIOLOGIQUE :

C'est l'intoxication par caustique de loin la plus fréquente avec 186 cas sur 285 soit 65,26 %.

En fonction du sexe, les 186 intoxications par eau de javel se répartissent comme le figure le tableau n° I2 :

S E X E	Nombre de cas	Pourcentage
HOMMES	14	7,52 %
FEMMES	127	68,22 %
ENFANTS	45	24,26 %

Tableau n° I2 : Répartition des intoxications par eau de javel en fonction du sexe.

La prédominance féminine est nette (68,22 %), de même que chez les enfants l'ingestion d'eau de javel est fréquente dans notre série (24,26 %).

Le tableau n° I3 indique la répartition des intoxiqués en fonction de l'âge :

A G E	Nombre de cas	Pourcentage
0 à 15 ans	49	26,34 %
15 à 30 ans	121	65,05 %
30 à 50 ans	15	8,06 %
50 à 70 ans	1	0,59 %

Tableau n° I3 : Répartition des intoxiqués à l'eau de javel en fonction de l'âge.

Le maximum de fréquence de l'intoxication s'observe chez les adultes jeunes et les enfants avec 91,39 % des cas.

Selon le caractère volontaire ou involontaire de l'intoxication, la répartition est la suivante (tableau n° I4) :

	Intoxication volontaire	Intoxication involontaire
HOMMES	13	1
FEMMES	117	10
ENFANTS	0	45
Total:	130	56
Pourcentage :	69,88 %	30,10 %

L'ingestion volontaire d'eau de javel est la plus fréquente (69,88 % avec un maximum chez les femmes.

L'ingestion accidentelle s'observe essentiellement chez les enfants (24,18 %).

Dans tous les cas c'est la solution d'hypochlorite de sodium diluée, vendue au litre, qui est en cause.

La quantité absorbée est difficile à chiffrer de façon précise. L'interrogatoire d'une mère affolée ou d'un suicidant qui se réfugie dans le silence et l'indifférence est toujours difficile, et n'apporte que peu de renseignements.

Le tableau n° 15 figure approximativement les doses ingérées :

Quantité de javel absorbée	Nombre de cas	Pourcentage
Indéterminée	65	35 %
De quelques cc à 100cc	83	45 %
De 1/4 à 1/2 litre	38	20 %

Tableau n° 15 : Nombre de cas en fonction de la quantité de javel approximativement absorbée.

On note que :

- dans 35 % des cas, la quantité absorbée est indéterminée,
- dans 45 % des cas, soit près de la moitié des malades, cette quantité ne dépasse pas 100 cc. L'estimation a été rapportée à la contenance d'un verre ordinaire,

- dans 20 % des cas, la quantité est franchement élevée, atteignant 500 cc. Ces 38 malades ont tous ingéré le produit dans un but d'autolyse.

III - LE BILAN CLINIQUE :

Les signes cliniques observés chez les 186 malades sont résumés dans la série de tableaux qui suivent :

Cette étude séméiologique au cours de l'intoxication par eau de javel concerne :

- les signes fonctionnels digestifs
- les signes d'examen physique de l'appareil digestif
- les troubles respiratoires
- les troubles de la conscience
- les troubles généraux avec essentiellement l'existence ou non d'un état de choc.

SIGNES FONCTIONNELS DIGESTIFS

SIGNES FONCTIONNELS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
DOULEUR	73	39,24 %
VOMISSEMENTS	45	24,19 %
NAUSEES	4	2,15 %
HYPERALORRHEE	3	1,61 %
DYSPHAGIE	11	5,9 %
HEMATEMESE	0	0 %

SIGNES PHYSIQUES

SIGNES PHYSIQUES		NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Lésions Bucco-pharyngées	Cavité bucco-pharyngée normale	171	92 %
	Rougeur accentuée	5	2,68 %
	Lésions minimales de l'épithélium	10	5,37 %
	Ulcération avec destruction et hémorragie	0	0 %
Signes Abdominaux	Examen physique normal	186	100 %
	Défense localisée ou généralisée	0	0 %

TROUBLES RESPIRATOIRES

23.

SIGNES RESPIRATOIRES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
DYSPNEE	2	1,08 %
TOUX	2	1,08 %
OEDEME PHARYNGE	0	0 %
TIRAGE	0	0 %
ENCOMBREMENT	0	0 %

TROUBLES DE LA CONSCIENCE

SIGNES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Conscience conservée	176	95 %
Obnubilation	10	5 %
Coma	0	0 %

TROUBLES GENERAUX

SIGNES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
CHOC	0	0 %

I) Les signes fonctionnels digestifs :

La douleur :

C'est le symptôme le plus constant. Elle est retrouvée chez 73 malades, soit 39,24 % des cas.

Cette douleur se traduit par une sensation de brûlure vive immédiatement ressentie par l'intoxiqué dès que l'eau de javel entre en contact avec la muqueuse bucco-pharyngée.

Lorsque le produit est dégluti, elle est notée au niveau de la région rétrosternale et du creux épigastrique.

Elle est majorée par les mouvements de déglutition et s'accompagne souvent d'agitation, et chez l'enfant de cris.

Les vomissements :

Ils ont été observés dans 24,19 % des cas.

Ils sont fréquemment rencontrés et surviennent en général quelques instants après l'ingestion. Ce sont des vomissements liquides, parfois mêlés d'aliments. Dans aucun cas, il n'a été observé d'hématémèse ou de rejet de débris muqueux.

Parfois ce sont des vomissements provoqués par le malade pour évacuer le caustique.

L'hypersialorrhée :

Elle a été observée surtout chez les enfants, dans 1,61 % des cas. C'est un bon signe qui témoigne d'un contact du caustique avec la muqueuse bucco-pharyngée, mais il est peu constant. Quand elle existe, elle est faite de salive bavée.

La dysphagie :

5,9 % des cas l'ont présentée. C'est une gêne douloureuse, mais modérée, à la déglutition qui cède rapidement au bout de 24 ou 48 heures.

2) Les signes physiques à l'examen :

Examen de la cavité bucco-pharyngée :

Pour la majorité des malades (92 % des cas), l'examen de la cavité bucco-pharyngée s'est avéré normal.

Dans les autres cas (8 %) le contact de l'eau de javel a entraîné une accentuation de l'aspect rouge de la muqueuse, et à l'extrême des lésions irritatives minimales localisées à l'épithélium qui prend alors une couleur blanche aux endroits lésés.

Aucune lésion importante de destruction de la muqueuse n'a été observée.

L'examen physique de l'abdomen :

A été normal dans tous les cas.

3) Les signes respiratoires :

Aucun signe d'atteinte respiratoire grave n'a été retrouvé. Dans quelques rares cas (1,08 %) il a été observé essentiellement une toux d'irritation, brève, quinteuse, rapidement résolutive.

4) Les troubles de la conscience :

Tous les malades ont été vus conscients ; 5,37 % d'entre eux ont présenté un état d'obnubilation beaucoup plus lié à un comportement hystérique, qu'à une lésion organique grave.

5) Les troubles généraux :

Aucun signe en faveur d'un état de choc n'a été retrouvé.

Au total :

L'eau de javel diluée réalise sur le plan clinique un syndrome traduisant une irritation modérée des muqueuses digestives :

- douleur à type de brûlure vive bucco-pharyngée, rétrosternale et épigastrique,
- dysphagie,
- vomissements,
- l'examen peut révéler des lésions minimales de l'épithélium bucco-pharyngé.

IV - LE TRAITEMENT

Il est symptomatique.

L'élimination de l'eau de javel par le lavage d'estomac, ou les émétisants, est proscrit.

Dans l'immédiat, le traitement vise à :

- diluer l'hypochlorite ingérée en faisant boire au malade des liquides tels que l'eau et le lait,
- réduire la causticité par l'administration de substances protéiques (blanc d'oeuf sous forme d'eau albumineuse),
- donner des pansements digestifs,
- prescrire également des antispasmodiques contre les phénomènes douloureux, et dans certains cas des tranquillisants mineurs (Diazépam).

Le malade est mis en observation avec surveillance de la tension artérielle, du pouls et de la température. Quand apparaît une hyperthermie, il est fait appel aux antibiotiques (Pénicilline et Tétracycline).

Les corticoïdes :

Ils sont utilisés chez les malades ayant ingéré de fortes quantités d'eau de javel (250 à 500 cc).

L'hémisuccinate d'hydrocortisone et la prednisone ont été administrées à 42 intoxiqués soit 22,57 % des cas. Les doses utilisées sont en moyenne de 100 mg. d'hémisuccinate par 24 heures, pendant les 48 premières heures, puis la prednisone per os (30 mg./jour chez l'adulte et 1,5 mg./Kg/jour chez l'enfant) en traitement dégressif.

V - EVOLUTION ET RESULTATS -

Les 186 malades admis pour intoxication par ingestion d'eau de javel ont tous quitté le service, guéris.

L'évolution immédiate de l'intoxication n'a été émaillée d'aucun accident grave tant sur le plan digestif (hémorragie, perforation) que respiratoire (oedème pharyngé, détresse respiratoire).

Aucune séquelle digestive à type de sténose cicatricielle, oesophagienne ou gastrique, n'a été observée dans les suites lointaines de cette intoxication.

L'ingestion volontaire ou accidentelle d'eau de javel n'a entraîné par ailleurs aucun décès.

Le tableau n° I6 résume l'évolution de cette intoxication :

	Nombre de cas	Pourcentage
Guérison complète	I86	I00 %
Complications immédiates	0	0 %
Séquelles digestives	0	0 %
Décès	0	0 %

Tableau n° I6 : Evolution de l'intoxication par ingestion d'eau de javel

Nous avons étudié dans le tableau n° I7 la durée du séjour des malades dans le service :

Nombre de jours	Nombre de cas	Pourcentage
I à 5 jours	I74	93,54 %
jusqu'à IO jours	9	4,83 %
jusqu'à 20 jours	2	I,08 %
plus de 20 jours	I	0,53 %

Tableau n° I7 : Nombre de cas en fonction de la durée d'hospitalisation.

Comme le montre ce tableau, dans la très grande majorité des cas (93,54 %) l'hospitalisation a été de courte durée.

EN CONCLUSION :

L'intoxication par ingestion d'eau de javel est la plus fréquente (65 % des cas). Chez tous les malades, c'est l'eau de javel au litre, diluée, qui est en cause.

Il y a une nette prédominance des ingestions volontaires, dans un but de suicide, qui se voient essentiellement chez la femme.

L'absorption accidentelle survient chez les petits enfants dans un nombre non négligeable de cas (26 %).

Sur le plan clinique, on observe un syndrome atténué d'irritation des muqueuses digestives ou prédominant :

- la douleur
- les vomissements

Le traitement est symptomatique, et a pour but de réduire dans un premier temps l'action caustique de l'eau de javel par administration au malade d'eau albumineuse et de gel d'alumine, de lutter contre la douleur et l'infection (antispasmodiques et antibiotiques).

L'évolution a été favorable dans tous les cas. Après une mise en observation qui n'excède pas 4 à 5 jours, le malade quitte le service ; il est convoqué un mois plus tard pour un transit oesophagien et gastrique de contrôle, qui s'est avéré normal dans tous les cas.

Pour un petit nombre de malades (6 %) la durée de l'hospitalisation a été plus longue, variant de 10 à 20 jours. Ce sont toutes des intoxications volontaires où la quantité ingérée est importante (250 à 500 cc) entraînant outre la douleur et les vomissements, une dysphagie persistante et la survenue d'infection. Mais dans tous ces cas, la dysphagie et l'infection cèdent rapidement au traitement, les contrôles ultérieurs se sont avérés normaux et aucune sténose cicatricielle oesophagienne ou gastrique n'a été observée.

INTOXICATION PAR INGESTION
DE SOUDE, POTASSE, AMMONIAQUE,

I - LES PRODUITS :

I) Caractéristiques générales :

Ces substances sont des bases fortes présentées dans le commerce sous forme de poudres ou de solutions communément utilisées comme agents de nettoyage et détergents.

2) Toxicité :

Par leurs propriétés basiques très marquées la soude, la potasse et l'ammoniaque ont un pouvoir corrosif important.

Ils agissent sur les muqueuses digestives en :

- saponifiant les lipides,
- dissolvant les protéines,
- deshydratant les cellules.

Par ce mécanisme, leur causticité s'exerce en profondeur des muqueuses jusqu'à perforer la paroi digestive.

La toxicité de ces substances est essentiellement fonction de leur concentration.

La potasse est plus toxique que la soude, parcequ'elle exerce en plus de son action caustique, des effets dépresseurs sur la fibre musculaire et en particulier le myocarde, cette dernière propriété est due au potassium qu'elle renferme.

L'ammoniaque diffère des autres alcalis par sa volatilité. Les vapeurs de gaz ammoniac irritent la muqueuse du carrefour aérodigestif provoquant dans certains cas des troubles respiratoires graves.

II - LE BILAN ETIOLOGIQUE :

Nous n'avons noté dans notre série qu'un nombre minime d'intoxications dues à l'ingestion de ces trois substances.

En sept ans, 15 cas ont été colligés, soit 5 % du total des intoxications par ingestion de caustiques.

Pour chaque produit le nombre de cas et la répartition en fonction du sexe sont indiqués dans le tableau n° 18 :

PRODUIT	HOMMES	FEMMES	ENFANTS
SOUDE	0	0	5
POTASSE	0	0	5
AMMONIAQUE	4	1	0
TOTAL :	4	1	10

Tableau n° 18 : Répartition des malades en fonction du produit en cause et du sexe.

La soude et la potasse ont été à l'origine de 10 intoxications accidentelles chez l'enfant.

Quatre hommes et une femme ont ingéré l'ammoniaque.

L'ingestion volontaire n'a été observée que dans deux cas : une jeune femme et un homme, âgés respectivement de 19 et 56 ans, ont absorbé de l'ammoniaque dans un but de suicide.

Dans la totalité des cas, la quantité de produit ingéré reste inconnue.

III - LE BILAN CLINIQUE :

Nous avons figuré dans une série de tableaux, les principaux signes cliniques observés chez les 15 malades. L'étude séméiologique rend compte essentiellement :

- de signes fonctionnels digestifs
- de signes d'examen physique.

SIGNES FONCTIONNELS DIGESTIFS

SIGNES FONCTIONNELS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
DOULEUR	9	60 %
VOMISSEMENTS	1	7 %
N. USEES	0	0 %
HYPERSTALORRHEE	2	13 %
DYSPHAGIE	2	13 %
HEMATEMESE	1	7 %

SIGNES PHYSIQUES

SIGNES PHYSIQUES		Nombre de cas	Pourcentage
Lésions Bucco- pharyngées	Cavité Bucco-pharyngée normale	8	53 %
	Rougeur accentuée	0	0 %
	Lésions minimales de l'épithélium	7	47 %
	Ulcération avec destruction et hémorragie	0	0 %
Signes	Examen physique normal	15	100 %
Abdominaux	Défense localisée ou généralisée	0	0 %

Les troubles occasionnés sont peu nombreux et dans l'ensemble bénins. Ceci s'explique par le fait que ces trois substances sont des caustiques puissants qui déterminent dès qu'ils entrent en contact de la muqueuse buccale des phénomènes douloureux intenses entraînant leur rejet immédiat au cours des ingestions accidentelles où la méprise est vite constatée et également chez les malades dont la conviction suicidaire est vacillante.

Sur le plan fonctionnel digestif, on retrouve :

- la douleur sous forme de brûlure vive, bucco-pharyngée,
- l'hypersialorrhée,
- la dysphagie, dans quelques cas, où une quantité très minime de produit a été déglutie.

L'examen physique montre dans sept cas parmi les 15 sujets hospitalisés, des lésions minimales d'irritation de l'épithélium bucco-pharyngé.

Tous les malades ont été vus conscients et aucun trouble grave général ne fut observé.

Un seul cas de gravité moyenne a été retrouvé : il s'agit d'un homme de 56 ans, psychopathe, qui absorbe dans un but de suicide, une quantité indéterminée d'une solution d'ammoniaque.

A l'admission on note :

- une douleur à type de brûlure vive bucco-pharyngée, rétrosternale et épigastrique,
- de petites érosions de l'épithélium bucco-pharyngé,
- une dysphagie modérée,
- des vomissements teintés de sang.

Le malade est conscient, l'examen somatique général ne révèle aucun signe de défaillance grave.

On prescrit un traitement à base de gels d'alumine, antispasmodiques et antibiotiques ; en même temps que des perfusions de sérum glucosé, d'acides aminés et un régime lacté. L'état clinique s'améliore rapidement. Les examens radiologiques successifs n'ont montré aucune lésion digestive patente. Le malade est évacué en chirurgie après 25 jours d'hospitalisation pour de plus amples investigations qui n'ont révélé aucune anomalie.

IV - LE TRAITEMENT :

Il est symptomatique et comporte l'administration :

- d'eau albumineuse
- de pansements digestifs
- d'antibiotiques

Les corticoïdes ont été prescrits chez quatre malades.

V - EVOLUTION ET RESULTATS :

Elle a été favorable pour les 15 malades.

Dans les suites immédiates, aucune complication digestive ou générale n'est survenue (hémorragie, choc, oedème pharyngé, perforation).

Ultérieurement, les examens radiologiques de contrôle n'ont montré aucune sténose cicatricielle, tant oesophagienne que gastrique.

Le séjour des malades dans le service se borne à une courte mise en observation de 24 à 48 heures.

EN CONCLUSION :

L'intoxication par ingestion de soude, de potasse ou d'ammoniaque, représente dans notre statistique une éventualité très peu fréquente (5 % des cas d'absorption de caustiques).

Si, sur le plan clinique les formes observées sont dans l'ensemble bénignes, le point important qu'il faut cependant souligner ici est que sur 15 intoxications dues à ces alcalins dangereux, 10 sont des enfants, ayant heureusement rejeté le caustique.

o

o

o

INTOXICATION PAR INGESTION
DE PERMANGANATE DE POTASSIUM

I - LE PRODUIT :

1) Caractéristiques générales :

Le permanganate de potassium se présente sous forme de solution et de comprimés. Il est fréquemment utilisé comme détachant de l'encre et comme désinfectant, en particulier de l'eau de boisson. Les comprimés sont opaques aux rayons X.

2) Toxicité :

C'est un caustique redoutable par son pouvoir oxydant considérable d'une part, et par production de potasse lors des réactions de décomposition.

Le permanganate de potassium en solution a un pouvoir corrosif moyen. C'est la forme en comprimé, où la concentration du produit est importante, qui est la plus dangereuse. L'ingestion d'un seul comprimé engendre des lésions digestives très importantes (perforation), et des troubles généraux gravissimes avec souvent une hyperkaliémie.

II - LE BILAN ETIOLOGIQUE :

L'intoxication par ingestion de permanganate est une éventualité relativement rare. 14 cas seulement ont été colligés, soit 5 % du total des malades admis pour ingestion de caustiques.

Ces 14 intoxications se répartissent en :

- quatre ingestions volontaires chez des jeunes femmes
- une ingestion accidentelle chez une adulte du sexe féminin,
- neuf ingestions accidentelles chez des enfants,

Dans tous les cas, ces sujets ont ingéré des comprimés.

III - LE BILAN CLINIQUE :

Chez la plupart des malades, aucune anomalie clinique n'a été constatée.

Dans un seul cas d'ingestion volontaire de permanganate de potassium, en quantité indéterminée survenue chez une jeune femme de 20 ans (observation n° 167) on a noté à l'admission :

- des brûlures vives bucco-pharyngées, oesophagiennes et épigastriques,
- quelques vomissements.

A l'examen, la cavité bucco-pharyngée est normale. Aucune anomalie fonctionnelle ou organique n'est retrouvée au niveau des autres appareils.

La malade reçoit :

- un pansement digestif
- des antibiotiques
- un corticoïde

Elle sort après 22 jours d'hospitalisation, et le contrôle radiologique effectué un mois plus tard est normal.

IV - LE TRAITEMENT :

S'agissant de formes en grande partie bénignes, le traitement se borne à :

- des soins locaux de la cavité buccale
- l'administration de pansement digestif et d'antibiotiques.

V - EVOLUTION ET RESULTATS :

Elle a été favorable dans tous les cas.

Les malades sortent après une mise en observation de 24 à 48 heures. Les contrôles radiologiques ultérieurs ont été normaux.

EN CONCLUSION :

L'intoxication par ingestion de permanganate de potassium est une éventualité rare. Le produit est certes très dangereux, mais il n'a heureusement engendré que des intoxications minimales dans notre étude.

o

o o

INTOXICATION PAR INGESTION

D' ACIDE CHLORHYDRIQUE

I/ LE PRODUIT :

I) Caractéristiques générales :

L'acide chlorhydrique est un acide minéral fort, très utilisé comme détartrant et pour le nettoyage de l'acier.

Il est vendu en solution d'un litre sous le nom d'esprit de sel, son utilisation domestique est courante.

2) Toxicité :

L'acide chlorhydrique possède comme tous les acides minéraux une puissante action caustique qui se traduit essentiellement par une coagulation des substances protéiques, avec nécrose. Cette action caustique est cependant moins marquée que celle des alcalis.

La concentration du produit est également ici le facteur principal dans le déterminisme des lésions et de leur importance.

D'autre part, c'est un acide volatil et les vapeurs qu'il dégage engendrent des lésions du carrefour aéro-digestif pouvant perturber de façon considérable la fonction respiratoire.

II - LE BILAN ETIOLOGIQUE :

L'intoxication par ingestion de produit acide vient au deuxième rang après l'eau de javel avec 70 cas, soit 25 % du total des malades.

Ces intoxiqués se répartissent en :

- 19 adultes du sexe masculin
- 35 adultes du sexe féminin
- 16 enfants

En fonction du caractère volontaire ou involontaire de l'intoxication, la répartition s'établit comme suit (tableau n° 19)

	Intoxication volontaire	Intoxication involontaire
HOMMES	15	4
FEMMES	30	5
ENFANTS	0	16
Total	45	25
Pourcentage	64 %	36 %

Tableau n° 19 : Nombre de cas en fonction du sexe et du mode d'intoxication.

L'étude du tableau montre que :

- l'intoxication volontaire est la plus fréquente (64 % des cas) et prédomine chez les femmes.

-l'intoxication accidentelle se voit plus chez les enfants que chez l'adulte.

Comme pour les autres caustiques en cause, le maximum des cas s'observe entre 15 et 30 ans chez l'adulte et entre 1 et 3 ans chez l'enfant.

Le produit en cause est dans tous les cas l'acide chlorhydrique, commercialisé sous le nom d'esprit de sel. La quantité exacte d'acide absorbée reste le plus souvent indéterminée.

III - LE BILAN CLINIQUE :

Une série de tableau résume la séméiologie de cette intoxication, en étudiant successivement :

- les signes fonctionnels digestifs
- les signes d'examen physique
- les troubles respiratoires
- les troubles de la conscience
- les troubles généraux

SIGNES FONCTIONNELS DIGESTIFS

SIGNES FONCTIONNELS	Nombre de cas	Pourcentage
DOULEUR	40	57 %
VOMISSEMENTS	22	31 %
NAUSEE	0	0 %
HYPERALORRHEE	2	3 %
DYSPHAGIE	20	29 %
HEMATEMESE	16	23 %

SIGNES PHYSIQUES

SIGNES PHYSIQUES		Nombre de cas	Pourcentage
Lésions Bucco- pharyngées	Cavité bucco- pharyngée normale	44	63 %
	Rougeur accentuée	0	0 %
	Lésions minimes de l'épithélium	4	6 %
	ulcération avec destruction et hémorragie	22	31 %
Signes	Examen physique normal	67	96 %
Abdominaux	Défense localisée ou généralisée	3	4 %

TROUBLES RESPIRATOIRES

SIGNES RESPIRATOIRES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
DYSPNEE	10	14 %
TOUX	1	1 %
OEDEME PHARYNGE	0	0 %
TIRAGE	0	0 %
ENCOMBREMENT	3	4 %

TROUBLES DE LA CONSCIENCE

SIGNES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Conscience conservée	61	87 %
Obnubilation	9	13 %
Coma	0	0 %

TROUBLES GENERAUX

SIGNES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
CHOC	11	16 %

I) Les signes fonctionnels digestifs :

La douleur et les vomissements :

Ils s'observent très fréquemment, comme avec les autres caustiques, et ils ont les mêmes caractères cliniques.

La dysphagie :

Beaucoup plus fréquente (29 % des cas) cliniquement elle est totale, très douloureuse, et dure plusieurs jours, voire des mois après la phase aiguë de l'intoxication, entraînant un déficit fonctionnel digestif important.

L'hématémèse :

Elle est fréquente (23 % des cas) et s'observe sous deux aspects selon l'importance de l'hémorragie digestive :

- vomissements teintés de sang
- vomissements franchement sanglants, avec rejet d'une importante quantité de sang

Le plus souvent elle survient à la phase aiguë de l'intoxication, mais, se voit plus tard, alors que tout le tableau clinique s'est amendé.

2) Les signes physiques :

- l'examen de la cavité bucco-pharyngée révèle dans 31 % des cas, l'existence de lésions à type d'ulcération avec destruction de la muqueuse et hémorragie.

- Une réaction de défense douloureuse surtout épigastrique, se retrouve dans 4 % des cas, à la palpation abdominale.

3) Les troubles respiratoires :

Ils sont dominés par la survenue d'une dyspnée (14 % des cas) associée fréquemment à un encombrement broncho-pulmonaire (4 % des cas) :

4) Les troubles de la conscience :

Dans 13 % des cas, il existe un état d'obnubilation.

5) Les troubles généraux :

Un état de choc avec collapsus cardio-vasculaire, nécessitant une réanimation intensive, est retrouvé dans 16 % des cas.

Cette étude séméiologique globale de l'intoxication par ingestion d'esprit de sel, montre comparative-ment aux autres caustiques en cause, une plus grande richesse de la symptomatologie clinique, tant fonctionnelle que physi-que. De nombreux signes témoignent d'une agression digestive importante et d'un retentissement sur le plan général plus fréquent et sévère.

Sept de nos observations illustrent la particulière gravité de cette intoxication :

OBSERVATION N° I -

M. Zoulika, âgée de 17 ans, célibataire, sans profession, absorbe le 22 août 1972 dans un but suicidaire, une quantité indéterminée d'esprit de sel. Ce geste est motivé semble-t-il par un conflit familial.

À l'arrivée, une heure plus tard dans le service, elle est obnubilée, pâle, la voix presque éteinte, désignant de sa main la région sternale et le creux épigastrique où elle ressent de violentes douleurs.

Le front est couvert de sueurs, les extrémités des membres sont froides et les pouls périphériques petits, filants, à peine perceptibles.

La respiration est rapide et superficielle à l'auscultation, les bruits du coeur sont très assourdis, la tension artérielle est imprenable.

Un examen rapide chez cette femme choquée, secouée par des vomissements sanglants, révèle :

- au niveau de la cavité bucco-pharyngée, d'importantes ulcérations hémorragiques de la langue et du pharynx,

- l'abdomen est souple,

- à l'auscultation, il n'y a pas d'encombrement broncho-pulmonaire.

Dans l'attente du groupe sanguin, on entreprend un remplissage vasculaire par du rhéomacrodex et plasmagel, et on administre de l'hydrocortisone.

Aucune amélioration n'est constatée dans la demi-heure qui suit son admission. La respiration toujours superficielle se ralentit considérablement ; la malade est trachéotomisée en urgence, après avoir fait une apnée de quelques secondes.

On transfuse du sang et on procède à une déconnection (largactil, phénergan). La tension artérielle est perçue à 6 (maxima) pendant quelques minutes.

L'état reste alarmant, la dégradation cardio-circulatoire s'aggrave et aboutit à la mort le même jour à 19 heures 30 mn. L'évolution totale a été de 4 heures 30 mn.

OBSERVATION N° 2 -

B. Zohra, âgée de 28 ans, sans profession, absorbe dans un but d'autolyse le 6 juin 1972 une quantité indéterminée d'esprit de sel.

Elle est amenée en urgence, le jour même, dans la matinée, environ une heure après l'ingestion du produit.

La malade est consciente et ressent d'atroces douleurs bucco-pharyngées, rétrosternales et épigastriques. Ce syndrome hyperalgique s'accompagne de vomissements sanglants et d'une dysphagie totale.

La voix est légèrement éteinte, la respiration rapide et superficielle.

L'examen de la cavité bucco-pharyngée montre, outre une hypersialorrhée, d'importantes ulcérations hémorragiques de la langue et du voile du palais.

L'abdomen est souple.

A l'auscultation, les bruits du coeur sont assourdis. Le rythme à 140/mn ; au niveau des champs pulmonaires, on entend des râles d'encombrement.

Les pouls périphériques sont mal perçus, la tension artérielle est à 7/5.

On procède immédiatement à une transfusion abondante de sang iso-groupe - iso-Rh et à l'injection intraveineuse d'hémisuccinate d'hydrocortisone.

Le sondage vésical ramène des urines franchement rouges.

Dans l'heure qui suit l'admission, la tension artérielle devient imprenable, le niveau de conscience baisse et l'état respiratoire s'aggrave imposant une trachéotomie en urgence. La malade est mise sous ventilation assistée et on procède à une déconnection totale (dolosal, largactil, phénergan).

Les examens biologiques révèlent :

- un hématocrite à 30 %
- un pH artériel à 7,10
- une natrémie à 141/mEq/l
- une kaliémie à 4,15 mEq/l
- un taux de prothrombine à 12 %

On associe à la transfusion de sang :

- du trisaminol
- du plasmagel

des solutés glucosés avec des antibiotiques

Aucune amélioration n'est obtenue, les bruits du coeur sont très assourdis, les pouls périphériques à peine perceptibles et la tension artérielle demeure imprenable.

La mort survient le même jour à 21 heures.

L'évolution totale a été de 11 heures.

OBSERVATION N° 3 -

B. Habiba, âgée de 17 ans, célibataire, est une jeune lycéenne qui le 5 mars 1972, à la suite d'une dispute avec ses parents adoptifs, absorbe dans un but de suicide, environ 20 cc d'esprit de sel.

Transportée d'urgence dans le service, elle arrive très agitée, se plaignant de brûlures bucco-pharyngées, rétro-sternales et épigastriques. On constate des vomissements légèrement sanglants et une vive dysphagie, rendant particulièrement pénible toute déglutition.

A l'examen, les lèvres sont tuméfiées, fendues par endroits, et par les commissures labiales s'écoule une salive abondante, bavée et striée de sang.

Dans la cavité bucco-pharyngée, on voit des lésions ulcé-ratives au niveau des amygdales et de la paroi postérieure du pharynx.

L'abdomen est souple.

Il n'existe ni dyspnée, ni dysphonie.

La tension artérielle est à 12/8, les pouls à 100/mn et la température à 37°.

La malade reçoit :

- un pansement digestif
- une perfusion de sérum glucosé
- de l'hydrocortisone à raison de 50 mg toutes les 6 heures
- un antispasmodique
- des soins locaux pour la bouche

Le lendemain, les vomissements et les douleurs ont cessé mais la dysphagie persiste. L'examen cardio-pulmonaire est normal. La température monte à 38° C, on adjoint au traitement un antibiotique (pénicilline).

Au quatrième jour, l'oedème labial a diminué, la malade ne ressent aucune douleur, mais elle déglutit difficilement. La température revient à la normale.

Du trophysan et un flacon de lipiphysan sont en outre prescrits pour les jours suivants.

Au sixième jour, l'état général est satisfaisant, elle peut avaler des aliments liquides. La corticothérapie est prescrite per os à raison de 30 mg de prednisone par jour associés à 1,50 g de terramycine.

Au dixième jour (le 14 mars 1972) il ne persiste qu'une dysphagie modérée chez cette malade dont l'état général s'est amélioré. Une exploration radiologique digestive est pratiquée le jour même : la baryte est déglutie difficilement les clichés révèlent un rétrécissement à la jonction du tiers supérieur et du tiers moyen de l'oesophage.

Elle est adressée à l'O.R.L. le 15 mars 1972 (11ème jour) qui note à l'examen des lésions ulcératives sur les amygdales palatines, l'épiglotte et la paroi postérieure du pharynx ; il préconise de poursuivre la corticothérapie.

La malade quitte le service après 12 jours d'hospitalisation avec le traitement suivant :

- prednisone per os 30 mg par jour
- pansement digestif
- terramycine 1,50 g par jour

Convoquée le 23 mars 1972 (18ème jour) pour une exploration radiologique gastro-duodénale, les clichés s'avèrent normaux.

Elle est confiée au chirurgien et poursuit actuellement un traitement de dilatation oesophagienne par bougirage.



OBS. n°3 : B. Habiba, 17 ans
sténose oesophagienne.

OBSERVATION N° 4 -

O. Moussa, âgé de 47 ans, marié, sans profession, est hospitalisé dans le service le 12 février 1972. ce jour là il ingère dans un but d'autolyse une quantité indéterminée d'esprit de sel. On apprend que c'est un psychopathe, sujet à des épisodes dépressifs fréquents.

Le malade arrive agité se plaignant de brûlure épigastrique. L'entourage signale qu'il a vomi du sang quelques minutes après l'absorption du produit.

Il existe une dysphagie importante.

La salive est abondante et striée de sang.

L'examen de la cavité buccale montre de petites ulcérations au niveau du palais et du pharynx.

L'abdomen est souple.

Il n'y a ni dyspnée ni dysphonie.

La tension artérielle est à 10/6, le pouls à 100/mn et la température à 37° C.

On prescrit :

- un pansement digestif
- une perfusion de sérum glucosé
- de l'hydrocortisone
- un antispasmodique

Douze heures après, la tension artérielle chute à 7/5 on transfuse immédiatement 500 cc de sang et l'état cardiovasculaire s'améliore, avec remontée de la tension artérielle à 11/6.

Le lendemain, le malade se plaint toujours de brûlures épigastriques et de dysphagie ; l'agitation devient importante, l'examen des fonctions cardio-pulmonaires est normal et on décide de le calmer par l'injection d'une ampoule de largctil et d'une ampoule de phénergan. On prescrit en outre un flacon de trophysan et de lipiphysan par jour et un antibiotique (pénicilline), car la température monte à 38°9.

Au bout d'une semaine de traitement les douleurs cessent, le malade arrive à boire et à absorber des bouillons. Le largactil et le phénergan sont alors remplacés par du calcibronat et du diazépam.

L'évolution se poursuit favorablement, sans complications, seule persiste une sensation de brûlure épigastrique tenace.

L'état général est bon.

Au 11ème jour (le 23 février 1972) une exploration radiologique de l'oesophage est pratiquée : la baryte est déglutie facilement. Le transit oesophagien est normal, sans signe de lésion organique visible, et sans rétrécissement notable.

Devant la persistance des douleurs épigastriques, on décide l'exploration radiologique de l'estomac qui est faite le 5 mars 1972 (au 21ème jour) ; les clichés révèlent une importante érosion du bas-fond gastrique sans altération du transit.

Après 30 jours dans le service, le malade a repris une alimentation normale, son état général est bon.

Adressé en chirurgie, il sort après 15 jours d'hospitalisation, sans avoir subi d'intervention car les douleurs ont cédé au traitement médical et le transit gastro-duodénal est normal.



OBS. n° 4 : O. Moussa, 47 ans

Transit gastro-duodénal : importante érosion du
bas-fond gastrique (2 clichés : estomac plein et
après vidange).

OBSERVATION N° 5 -

O. Merzaka, âgée de 22 ans, mariée, sans profession, est admise dans le service le 4 août 1972 pour absorption volontaire d'environ 40 cc d'esprit de sel.

A son entrée au service, elle est consciente, agitée, se plaignant de violentes douleurs épigastriques. Il existe une dysphagie intense.

L'examen de la cavité bucco-pharyngée montre une muqueuse d'aspect blanc grisâtre.

L'abdomen est souple.

L'auscultation révèle des râles d'encombrement broncho-pulmonaire.

La tension est à 12,5, le pouls à 100/mn et la température à 37°5 C.

On prescrit :

- un pansement digestif
- une perfusion de sérum glucosé
- de l'hydrocortisone à raison de 50 mg toutes les trois heures.

Environ deux heures après son admission, en même temps qu'on note une extinction de la voix, un état dyspnéique important s'installe. Un début de cyanose se manifeste au niveau des extrémités des membres et l'auscultation révèle un encombrement broncho-pulmonaire considérable. La tension artérielle est à 10/6. La malade est trachéotomisée et, après aspiration des sécrétions bronchiques, elle est mise sous ventilation assistée en même temps qu'on associe au traitement un cocktail lytique (largactil, phénergan, valium) et un antibiotique (solnicol).

Le lendemain l'état cardio-circulatoire est bon, la tension artérielle à 11/7, le pouls à 120/mn et la température à 38°2. La malade garde une bonne autonomie respiratoire, l'encombrement bronchique est moins important. On arrête le cocktail lytique et la ventilation artificielle. La radiographie pulmonaire montre des opacités floconneuses, bilatérales.

Au cinquième jour, l'état général s'est amélioré, la malade est consciente, apyrétique, il ne persiste plus que quelques râles fins à l'auscultation des bases pulmonaires. On met en place une sonde gastrique pour l'alimenter.

Au septième jour elle est décanulée, les poumons respirent normalement, l'état cardio-circulatoire est bon. La radiographie pulmonaire est normale. Après retrait de la sonde gastrique, la dysphagie a cessé et elle peut s'alimenter par la bouche (lait, bouillons) ; on lui prescrit alors per os :

- un pansement digestif
- du chloramphénicol : 1,50 g. par jour
- de la prednisone : 40 mg par jour

L'évolution est favorable jusqu'au 20ème jour où on note la survenue d'une toux quinteuse lorsque la malade absorbe une boisson ou un bouillon. Une exploration radiologique de l'oesophage et de l'estomac est pratiquée : la baryte est déglutie facilement, mais son passage provoque chaque fois un réflexe de toux.

Les clichés révèlent l'existence d'une fistule oesophago-trachéale et ne montrent pas d'images de sténose oesophagienne ou gastrique.

La malade est évacuée en O.R.L. où l'on intervient pour fermer la fistule. Elle sort guérie après un mois.

L'évolution totale a été de deux mois.



OBS.n° 5 : O. Merzaka, 22 ans,

Transit oesophagien : fistule oesaphago-trachéale.

OBSERVATION n° 6 :

D. Mohamed, âgé de 54 ans, marié, concierge, absorbe dans un but suicidaire, le 31 mars 1971, une quantité indéterminée d'esprit de sel.

A son entrée dans le service, il présente des brûlures intenses bucco-pharyngées, rétrosternales et épigastriques associées à des vomissements teintés de sang, un hoquet et une dysphagie.

L'examen montre une tuméfaction des lèvres et à l'intérieur de la cavité buccale des ulcérations de la langue et du pharynx.

Le reste de l'examen somatique est normal.

La tension artérielle est à 11/6, le pouls à 90/mn et la température à 37°C.

On prescrit :

- un pansement digestif
- une perfusion de sérum glucosé
- de l'hydrocortisone, à raison de 50 mg toutes les 6 heures
- un antispasmodique.

Après une semaine de traitement, les douleurs cessent, mais la dysphagie persiste. Quelques vomissements teintés de sang réapparaissent au dixième jour sans conséquences graves.

L'état général reste satisfaisant, le malade s'alimente normalement, mais éprouve toujours une gêne à déglutir.

Un bilan radiologique oesophago-gastrique est entrepris au 12ème jour et les clichés montrent une sténose au niveau du tiers moyen de l'oesophage. Aucune anomalie n'existe au niveau gastro-duodénal.

Après 23 jours d'hospitalisation, le malade est adressé en chirurgie pour le traitement de sa sténose.



OBS. n° 6 : D. Mohamed, 54 ans,

Transit oesophagien : sténose oesophagienne.

OBSERVATION N° 7-

D. Zohra, âgée de 27 ans, mariée, aide machiniste, est hospitalisée dans le service le 7 juillet 1971, pour absorption volontaire d'une quantité indéterminée d'esprit de sel (1/4 de litre selon elle). Aussitôt elle éprouve de violentes douleurs bucco-pharyngées et épigastriques et vomit une quantité importante de sang.

Conduite d'urgence à l'hôpital, elle arrive obnubilée, choquée, présentant des hématémèses abondantes. Le pouls et la tension artérielle sont imprenables.

On entreprend immédiatement un remplissage vasculaire avec du rhéomacrodex et du sang, et on administre de l'hydrocortisone et des antibiotiques. Après trachéotomie, on place la malade sous ventilation assistée et cocktail lytique (dolosal, largactil, phénergan). Dans les heures qui suivent l'état cardio-vasculaire s'améliore, le pouls devient perceptible et la tension artérielle est à 8/6.

Le lendemain, après arrêt du cocktail lytique, la malade reprend conscience, elle garde une bonne autonomie respiratoire. Il n'y a plus d'hématémèses ni de vomissements.

Les hématémèses réapparaissent au cinquième et au quinzième jour de l'évolution, abondantes, nécessitant chaque fois la transfusion de grosses quantités de sang.

Ces accidents hémorragiques cataclysmiques n'apparaissent plus par la suite, mais la malade est très affaiblie, anémique, on retrouve une dysphagie importante et des vomissements incoercibles rendant impossible l'alimentation. Après un mois malgré la rééquilibration par voie parentérale, la malade devient cachectique. Elle est évacuée en chirurgie où une exploration radiologique oesophago-gastrique est pratiquée en septembre 1971, environ deux mois après l'intoxication.

Les clichés révèlent une rigidité sans sténose notable du tiers inférieur de l'oesophage et surtout un rétrécissement important de la région pylorique et prépylorique avec rétraction de la petite courbure et stase bulbaire.

Le 10 septembre 1971 on pratique une jéjunostomie d'alimentation. Dans les 3 mois qui suivent, l'état général de la malade s'améliore nettement avec une reprise pondérale importante (11 kg.).

Une exploration radiologique est pratiquée montrant un bon fonctionnement oesophagien, mais une sténose pylorique importante.

Le 15 décembre 1971 (6 mois après) elle subit une gastrectomie des 2/3 inférieurs avec anastomose gastro-jéjunale. Après laparotomie, on découvre un estomac énorme, dont la paroi est très oedématisée, surtout au niveau du pylore et un duodénum élargi dans sa première et deuxième portion.

L'examen de la pièce opératoire ne montre pas de lésions externes, intérieurement la paroi pylorique est hypertrophiée et il existe une ulcération sur 2 cas de la partie basse de la grande courbure.

L'examen anatomo-pathologique révèle que l'ulcération intéresse la muqueuse pylorique, son fond est constitué par un tissu de granulation inflammatoire, type bourgeon charnu, elle est en partie réépithélialisée et qu'au total il s'agit d'un ulcère chronique.

Les suites opératoires sont bonnes et la malade sort le 4 janvier 1972, six mois après.



OBS. n° 7 : D. Zohra, 27 ans

Transit gastro-duodénal : importante
sténose pylorique.

L'analyse sémiologique globale de l'intoxication par l'esprit de sel et l'étude des sept observations, montrent que dans l'ensemble trois aspects cliniques se dégagent :

1) Une forme gravissime :

Elle se voit après l'absorption de quantité élevée d'esprit de sel. Dans la majorité des cas l'évolution est fatale en quelques heures, avec au premier plan des phénomènes de choc et des complications respiratoires qui sont en grande partie responsables de la mort.

Le tableau clinique est dominé par :

a) les signes de choc :

- collapsus cardio-vasculaire, avec tension artérielle imprenable et pouls à peine perceptible,
- sueurs, extrémités froides et cyanosées, veines périphériques plates.

b) les troubles respiratoires :

- dyspnée avec encombrement broncho-pulmonaire traduisant l'oedème glottique ou trachéo-bronchique.

c) les signes traduisant les effets locaux de l'esprit de sel :

- la douleur intense,
- la dysphagie totale,
- l'hypersialorrhée,

- l'hématémèse abondante et répétée,
- des lésions bucco-pharyngées très prononcées.

Les observations une et deux correspondent à cette forme.

2) Une forme grave :

Dans cette forme, les sujets n'ont absorbé qu'une quantité modérée d'acide chlorydrique. Au début le tableau clinique est dominé par les signes locaux qui sont :

- la douleur, le plus souvent à type de brûlure,
- la dysphagie,
- l'hypersialorrhée,
- les vomissements teintés de sang, parfois sanglants,
- les lésions bucco-pharyngées d'intensité variable.

Cette situation clinique initiale, où l'état général est conservé, peut s'aggraver à tout moment par la survenue de complications :

- immédiates
- ou
- tardives.

a) les complications immédiates :

Elles sont dominées par :

- les hémorragies digestives, d'apparition brutale, s'accompagnant d'un collapsus cardio-vasculaire sévère, voire d'un état de choc, qui assombrissent le tableau clinique et le pronostic (OBS.n°7).

- les troubles respiratoires marquées par une dyspnée à type de polypnée superficielle, avec encombrement broncho-pulmonaire, aboutissant à une détresse respiratoire nécessitant des mesures de réanimation adéquates (OBS. n° 5)

b) les complications tardives :

- elles sont représentées par les séquelles des lésions engendrées par l'acide au niveau du tractus digestif et se manifestent après la phase aiguë de l'intoxication. En effet, l'état clinique du malade s'améliore, mais des signes fonctionnels, surtout digestifs persistent (dysphagie, vomissements) et gênent considérablement l'alimentation du malade qui maigrit (OBS.n°7).

L'exploration radiologique digestive systématique, dès que l'état clinique le permet, révèle ces séquelles. Il s'agit de rétrécissements cicatriciels de la lumière des conduits digestifs siégeant au niveau de l'oesophage ou de l'estomac.

3) une forme mineure (ou bénigne) :

- elle concerne les cas où une quantité d'acide chlorhydrique minime, voire nulle, est déglutie. La scène clinique se résume à des brûlures bucco-pharyngées, une hypersalivation et dans quelques cas, des lésions minimales de l'épithélium bucco-pharyngé.

Cette forme impose malgré tout la mise en observation du malade et un contrôle radiologique des voies digestives systématique.

IV - LE TRAITEMENT -

Il est symptomatique. Le lavage gastrique et les émétisants sont proscrits car la sonde est traumatisante et le risque de perforation sur une muqueuse lésée est grand.

1) Dans les formes mineures :

Le traitement comporte l'administration d'eau albumineuse, d'un gel d'alumine et d'un antispasmodique.

Le malade est mis en observation avec surveillance de la tension artérielle du pouls et de la température.

Dans ces formes bénignes, l'évolution est favorable ; ultérieurement, un contrôle radiologique des voies digestives est systématiquement entrepris.

2) Dans les formes gravissimes ou graves :

La thérapeutique consiste dans un premier temps à corriger l'état de choc et procède d'une réanimation intensive par :

- le remplissage vasculaire à base de transfusions sanguines iso-groupe, iso - Rh ou à défaut de solutés macromoléculaires (rhéomacrodex, plasmagel),
- l'hémisuccinate d'hydrocortisone par voie intraveineuse,
- la correction de la détresse respiratoire après trachéotomie et aspiration bronchique, par la ventilation artificielle,

- le cocktail lytique, associant dolosal, largactil et phénergan, dans le but :
 - . de supprimer les phénomènes douloureux et des réflexes nerveux nociceptifs engendrés localement par le caustique,
 - . d'adapter la ventilation artificielle pour la rendre plus efficace.
- les antibiotiques, sont administrés systématiquement (pénicilline, cyclines, solnicol).

Ces mesures thérapeutiques ont eu peu de succès dans les formes gravissimes, rapidement mortelles, mais ont permis la survie dans les formes graves pour lesquelles une fois le choc corrigé, on poursuit :

- la corticothérapie
- l'antibiothérapie

auxquels sont associés :

- les pansements digestifs
- les antispasmodiques
- les sédatifs mineurs

Les besoins énergétiques des malades sont assurés à la phase aigue, par voie parentérale, sous forme de solutés injectables (sérum glucosé, trophysan, lipiphysan) en contrôlant l'équilibre hydroélectrolytique (ionogramme sanguin et urinaire).

Dans la seconde phase une sonde naso-gastrique de drip-feeding est mise en place.

V - EVOLUTION ET RESULTATS -

Le tableau n° 20 rend compte de l'évolution des 70 malades admis pour ingestion d'esprit de sel et illustre parfaitement la gravité de cette intoxication comparativement aux autres caustiques :

	Nombre de cas	Guérison	Séquelles digestives	Décès
HOMMES	19	11	2	6
FEMMES	35	25	5	5
ENFANTS	16	13	1	2
Total	70	40	8	13
Pourcentage	100 %	70 %	11 %	19 %

Tableau n° 20 : Intoxication par l'esprit de sel :
bilan évolutif des 70 cas.

L'analyse de ce tableau montre l'existence de :

- 13 décès, soit 19 % des cas
- 8 séquelles digestives, soit 11 % des cas.

1) Les décès :

13 malades, soit 19 % des cas d'intoxication par ingestion d'acide chlorhydrique sont décédés.

Ces 13 décès se répartissent en :

- six adultes hommes
- cinq adultes femmes
- deux enfants

Les six hommes et les cinq femmes se sont intoxiqués volontairement.

Neuf décès sont survenus le jour même de l'absorption du caustique, quelques heures après l'admission, dans un tableau gravissime de choc (observations 12, 16, 57, 157, 159, 200, 237, 284, 285).

Pour les quatre autres malades :

- dans deux cas : le décès survient au troisième jour par collapsus cardio-vasculaire et détresse respiratoire.
- dans un cas : le malade décède deux mois après l'intoxication par réapparition d'hémorragies digestives abondantes (observation 236).
- le quatrième malade est un jeune enfant de 8 ans évacué de l'hôpital de Sétif où il a été admis deux jours auparavant pour ingestion d'esprit de sel. A son arrivée dans le service il présente d'importantes lésions bucco-pharyngées et surtout une pneumopathie bilatérale dyspnéisante avec encombrement broncho-pulmonaire.

Il décède au troisième jour, malgré la trachéotomie, la mise sous ventilation artificielle et une anti-biothérapie massive (observation n° 250).

2) Les séquelles digestives :

Huit malades, soit II % des cas, ont présenté les séquelles digestives suivantes :

- sténose oesophagienne : quatre cas (observation 18, 101, 195 et 200)
- fistule oesophago-trachéo-bronchique : deux cas (observation 52 et 279)
- lésions gastriques : deux cas :
 - . sténose pylorique (observation 238)
 - . érosion du bas fond gastrique (observation 282)

Ces lésions se voient au cours des formes graves de l'intoxication par l'esprit de sel, leur date d'apparition est variable, mais toujours retardée par rapport au jour de l'absorption du produit. Elles sont déjà suspectées devant la persistance de troubles fonctionnels digestifs tels que dysphagie et vomissements, parfois il existe un stade d'accalmie trompeuse chez les malades. L'exploration radiologique des voies digestives est systématique dès que l'état clinique le permet et ce, en général, à partir de la première semaine d'évolution.

L'exploration endoscopique (oesophagoscopie et gastro-scopie) n'est pas utilisée pour le diagnostic de ces lésions du fait du risque de perforation et de reprise des hémorragies.

Les huit malades ont tous reçu des corticoïdes. Il est difficile de préciser le rôle de ces derniers dans la prévention des accidents tardifs de sténose consécutifs à l'ingestion d'acide chlorhydrique.

Parmi les 70 malades de notre série, 49 d'entre eux ont reçu des corticoïdes. Exception faite des 13 décès observés, les accidents de sténose sont apparus chez huit malades sur 36 survivants, soit dans 22 % des cas.

Du point de vue clinique, deux faits importants concernant la corticothérapie se dégagent (M. NEVEU) :

- la diminution de la réaction inflammatoire
- l'amélioration de la déglutition.

Ces deux constatations se retrouvent dans nos observations.

L'administration de corticoïdes n'empêche pas dans les brûlures sévères une sténose de s'installer et elle n'est pas sans danger, du fait d'un risque de perforation. Son emploi est soumis à des règles strictes.

Au niveau des tissus digestifs lésés, elle exerce une action inhibitrice sur le granulum inflammatoire et le développement des fibroblastes. Elle est sans action sur les fibres conjonctives proprement dites et les fibroblastes constitués. Ces fibroblastes font leur apparition dès la 36ème heure, c'est pourquoi elle doit être instituée précocement (M. NEVEU).

L'efficacité de la corticothérapie dans la prévention des accidents de sténose, après ingestion des caustiques, a été fondée sur de nombreuses données expérimentales (BOSHER 1951 - BYRNE 1962 - FLOBERG 1953 - HALLER 1964 - JOHNSON 1963 - ROSENBERG 1951 et 1953 - WEISSKOPF 1952).

Des lésions corrosives sont réalisées expérimentalement chez différents animaux parmi lesquels un lot témoin ne reçoit pas de traitement corticoïde. Les sténoses sont moins fréquentes dans le lot qui reçoit des corticoïdes, essentiellement lorsqu'ils sont institués précocement et en associant une antibiothérapie.

Certains auteurs signalent que si la corticothérapie a nettement amélioré le pronostic des lésions oesophagiennes, elle ne semble pas être aussi efficace sur les lésions gastriques (AUGUSTE Ch. - TACQUET et GUERRIN 1959).

Les séquelles digestives de nos huit malades ont été traitées chirurgicalement.

EN CONCLUSION :

L'intoxication par ingestion d'esprit de sel est l'éventualité la plus fréquente après l'intoxication par l'eau de javel. Elle totalise 70 cas, soit 24,56 % de l'ensemble des malades de notre série.

Au point de vue clinique, en dehors des formes bénignes où le tableau se résume à une irritation localisée à la muqueuse bucco-pharyngée, il existe un syndrome lésionnel digestif important avec retentissement général sévère.

L'évolution immédiate est souvent grevée de complications (hémorragies, troubles respiratoires, perforations). Dans les suites tardives, les lésions cicatricielles (sténoses oesophagiennes ou gastriques) engendrent des troubles fonctionnels digestifs graves.

Comme pour les autres produits en cause, le traitement est symptomatique et associé à la lutte contre les effets locaux du caustique (eau albumineuse, gels d'alumine) d'une part, des mesures visant à corriger un état de choc et une éventuelle détresse respiratoire, d'autre part.

D'un point de vue évolutif global, cette intoxication est responsable de décès chez 13 malades et de l'apparition de sténoses cicatricielles chez huit d'entre eux. Ceci souligne l'extrême gravité que revêt cette intoxication.

o

o

o

C O N C L U S I O N S

Au terme de cette étude, un certain nombre de faits méritent d'être soulignés :

- Sur le plan étiologique :

- le nombre important d'enfants qui ingèrent accidentellement ces caustiques,
- la fréquence élevée de l'intoxication par absorption d'eau de javel.

- Sur le plan clinique :

- pour la plupart des caustiques en cause, les manifestations cliniques ont intéressé le tractus digestif,
- la richesse du tableau séméiologique engendré par l'ingestion d'acide chlorhydrique tant sur le plan digestif local, que sur le plan du retentissement général.

- Sur le plan évolutif :

- la bénignité de l'intoxication par ingestion d'eau de javel,
- la gravité de l'intoxication par absorption d'esprit de sel (13 décès et 8 séquelles digestives sur 70 cas),
- et enfin, la gravité potentielle du permanganate de potassium en comprimés et des alcalis (soude, potasse, ammoniac).

- Sur le plan thérapeutique :

- proscrire le lavage gastrique et les émétisants devant une intoxication par caustique,
- prescrire des solutions protéïques (eau albumineuse) et des pansements digestifs pour atténuer l'action caustique,
- l'intérêt des mesures de réanimation dans les formes graves (acide chlorhydrique),
- le contrôle radiologique des voies digestives doit être systématique dans toutes les formes d'intoxication par ingestion de caustiques.

- Sur le plan prophylactique :

- le rôle du médecin et des auxiliaires médicaux dans l'éducation sanitaire,
 - entreprendre des efforts sur le plan industriel pour un meilleur conditionnement de ces produits (quantité, concentration et présentation).
-

N O S O B S E R V A T I O N S

n° d'ordre	nom prénom	n° dossier	age (années)	sexe	nature de l'inf.	produit	quantité	état clinique	traitement	radios	évolution
1	S.A.	793	3	M	invol.	Javel	indéterm.	odeur de javel à la bouche pas de lésions buccales examen somatique : RAS.	Phosphalugel ⁺ Hexacycline ⁺	o	bonne en 3 jours
2	S.S.	908	2½	M	invol.	javel	1 tasse ordinaire	odeur de javel à la bouche vomissements pas de lésions buccales examen normal	phosphalugel ⁺ coli-péni. eau vinaigrée	o	bonne en 1 jour
3	D.M.	1074	31	M	vol	javel	¾ litre	aucun renseignement	Phosphalugel Cortancyl ⁺ -CIK Péni. G.	o	bonne en 2 jours
4	G.Z.	502	47	F	vol.	javel	1 verre ordinaire	agitation / brûlures épigastriques pas de lésions buccales TA. 13.8 Tt = 80/mm	lavage gastrique phosphalugel ⁺	o	bonne en 2 jours
5	K.F.	405	19	F	vol.	javel	1 verre ordinaire	brûlures rétrosternales et épigastriques Vomissements teintés de sang Bouche et gorge rouges TA : 11.8 Tt : 84/mm.	Phosphalugel ⁺ Eau albumineuse Péni. Strepto Hydrocortisone	Oesophage Baryté : RAS TGD : RAS	bonne en 4 jours

6	LM 1320	1	F		invol.	javel	1 verre ordinaire?	odeur javel à la bouche pas de lésions buccales examen normal	Phosphalugel [®] Pénicilline	0	bonne en 2 jours
7	DF 386	17	F		vol.	javel	1 $\frac{1}{2}$ verre	brûlures rétrosternales et épigastriques nausées ; pas de lésions buccales ; examen RAS	Phosphalugel [®] Péni Cortancyl. CLK	0	bonne en 2 jours
8	KL 1261	17	F		vol.	javel	1 c. à soupe	brûlures épigastriques pas de lésions buccales examen normal	Eau vinaigrée Bismuth Penicilline	0	bonne en 2 jours
9	BR 725	3	F		invol.	javel	indéterm.	odeur de javel à la bouche vomissements	Eau acidulée Phosphalugel [®] Pénicilline	0	bonne en 3 jours
10	KM 616	47	M		invol.	Ammoniaque	1 gorgée	brûlures vives à la bouche et œsophagienne aurait vomé du sang	Vinaigre dilué Eau Albumineuse Phosphalugel Tifomycine	Oesophage Baryté	Sortie contre avis médical après 3 jours
11	MA 90	-	M		invol.	Ammoniaque	1 gorgée	brûlures à la bouche et à l'œsophage langue blanche examen normal TA : 14.8	Eau albumin. Phosphalugel Cortancyl cp pdt 8 jours	Oesophage baryté RAS	bonne en jours
12	AN 458	23	M		vol.	Acide chlorhydrique	indéterm.	'état de choc	évacuation en chirurgie		évacué le jour même en chirurgie DED le jour

13	M.F.	20	F	Vol	javel	1 verre	douleurs épigastriques pas de lésions buccales examen normal	lavage gastrique phosphalugel, eau albumin. pénicilline	0	bonne en 6 jours
14	R.Z. 885	29	F	Vol	Esprit de Sel	1 verre	dysphagie/douleurs rétrosternales et épigast. vomissements; ulcér. palais-gorge TA 10,5/5 π 80/mn	Eau album. Phosphalugel Buscopan	0	bonne en 5 jours
15	B.Z 79		F	Vol.	Esprit de Sel	1/2 verre dilué	brûlures épigastriques vomissements abdomen souple TA 12,5/7 π 80/mn	Eau Albumin. Phosphalugel Péni- Buscopan Contancyl	Télé : opacité sommet gège œsophage baryt RAS	bonne en 4 jours
16	B.S 1029	34	M	Vol.	Esprit de Sel	1 verre	brûlures épig. et œsophag. ulcér. langue, palais, gorge TA 10,5/7	SGH. 1500 cc Tonicardiaques Calcium, néosyneph. hydrocortisone Solnicol, Phenergan	0	D.C.D. le m jour, collapsus après trachéo. et ventil. artificielle.
17	B.S. 179	28	M	invol.	Esprit de sel	1 gorgée	brûlures de la bouche examen normal TA 12/7 π : 116	Phosphalugel Pénicilline	0	bonne en 2 jours
18	R.F. 1002	2	F	invol.	Esprit de Sel	indéterminée	dysphagie; vomits sanglants ulcér. langue et palais abdomen léger tendu non douloureux.	Phosphalugel Tifomycine Contancyl	œsoph. Baryté: Sténose 1/3 sup et inf.	fièvre à 38° cloche à 40°. Evacuée en chirurgie le 8 ^e jour.
19	K.A 647	21	F	Vol.	Esprit de sel	indeterm.	Agitation, douleur, dysphagie. pas de lésions buccales TA 11,5/7 π 90/mn	phosphalugel pénicilline hydrocortisone	œsoph. baryté: RAS	bonne en 3 jours

20	L.Z. 180	21	F	Vol.	javel	1/2 litre	douleurs épigastriques vomissements pas de lésions buccales abdomen souple TA 14/8 n 84	Eau album. Bismuth	o	bonne en 2 jours
21	F.S. 1044	3	M	invol.	javel	indéterm.	odeur de javel à la bouche examen somatique RAS	Eau albumin. Phosphalugel	o	bonne en 2 jours
22	D.S. 1086	18	M	vol.	javel	1 verre	brûlure œsophag. examen RAS. TA. 14.7	Eau Albumineuse Péni. Gélusil. Hydrocortisone	o	bonne en 2 jours
23	B.M. 322	4 1/2	M	invol.	javel	10cc	odeur de javel à la bouche examen RAS	Eau Album. Pénicilline	o	bonne en 1 jour
24	A.F. 1292	3	F	invol.	javel	indéterm.	Vomissements saignants douleurs épigastriques Gorge rouge. TA 12.7. n 88	hept-a-myl Atropine. Valium Eau albumin. Néomycine	o	bonne en 3 jours
25	D.M. 88	4 1/2	M	invol.	javel	1/2 tasse	Examen somatique RAS	o	o	bonne en 1 jour
26	D.Z. 148	23	F	vol.	javel	1 verre	douleurs retrostern. et épig. grossesse de 2 1/2 mois	Eau Album. Gélusil. Pénicilline	o	bonne en 1 jour
27	B.M. 215	1 1/2	M	invol.	javel	indéterm.	-	Gélusil Pénicilline	o	bonne en 3 jours
28	B.Y. 152	27	M	vol.	javel	indéterm.	brûlure épigastriques pas de lésions buccales abdomen souple TA 12.6 n. 72	Eau Album. Bismuth Pénicilline Cortancyl	o	bonne en 2 jours
29	H.F. 153	2	M	invol.	javel	quelques gorgées	vomissements pas de lésions buccales Abdomen souple Examen normal	Eau Album. Phosphalugel Pénicilline	o	bonne en 1 jour

30	B.K. 1291	27	F	Vol.	javel	$\frac{1}{2}$ verre	brûlures épigastriques pas de lésions buccales TA. 11.7	Eau Albumin. Gélusil Sulfirène Atropine	o	bonne en 2 jours
31	D.T. 299	16	F	Vol.	javel	$\frac{1}{2}$ verre	dysphagie; brûlures épig. vomissements. pas de lésions buccales TA. 12.6 π 100/mn	Eau Album. Péni.	o	bonne en 1 jour.
32	G.FZ. 82	-	F	Vol	javel	indéterm.	vomissements; pas de lésions buccales examen RAS. TA 11.5	Eau Albumin. Phosphalugel. Pénicilline	o	bonne en 1 jour
33	BZ. 609	32	F	vol.	javel	$\frac{1}{2}$ verre	pas de lésions buccales examen général normal TA 12.7 π 90/mn	Phosphalugel Pénicilline	o	bonne en 3 jours
34	M.R. 1274	23	F	vol.	javel	1 verre	pas de lésions buccales examen général normal TA 12.7. π 92/mn	Eau Albumin. Tifomycine	o	bonne en 1 jour
35	S.H. 687	18	F	vol.	javel	1 verre	Céphalées; dysphagie vomissements, brûlures épigastriques TA. 12.7	Eau Albumin. Pénicilline	o	bonne en 1 jour
36	K.M. 612	2	M	invol.	javel	indéterm.	vomissements pas de lésions buccales examen normal	Phosphalugel Pénicilline Eau Albumin.	o	bonne en 1 jour
37	R.N. 340	$3\frac{1}{2}$	M	invol	javel	indéterm.	douleurs épigastriques pas de lésions buccales reste de l'examen normal	Eau Albumin. Pénicilline	o	bonne en 1 jour
38	SNR H 357	23	F	vol.	javel	2 verres	pyrosis douleurs épigastriques pas de lésions buccales examen général R.A.S. TA 12.7 π 100/mn	Eau Albumin. Antal. (i.v.)	o	bonne en 3 jours

39	D.H. 704	1½	F	invol.	javel	indéterm.	douleurs épigastriques pas de lésions buccales examen normal TA 10.5	Eau Album. Péni. Terra. SGL. S.S.	0	bonne en 3 jours
40	B.A 119	1½	M	invol	javel	2 c.café	vomissements - dyspnée pas de lésions buccales Fièvre 39.	Phosphalugel Péni.	0	bonne en 2 jours
41	O.S. 559	19	M	vol.	javel	¼ litre	pyrosis - brûlure épig. pas de lésions buccales TA 13.7	Eau Albumin. Péni.	0	bonne en 1 jour
42	H.R. 387	2	M	invol.	javel	indéterm.	examen normal	charbon végétal	0	bonne en 1 jour
43	D.A 350	25	M	vol.	javel	indéterm.	agitation .hypersial. brûlures épigastriques pas de lésions buccales TA 13.6	Phosphalugel Eau Album. Péni.	0	bonne en 1 jour
44	C.M. 1047	24	M	Vol.	javel	indéterm.	psychopathe. nausées, brûlures épig. pas de lésions TA 12.7.	Eau Album. Phosphalugel	0	bonne en 1 jour
45	S.F. 1260	25	F	Vol.	javel	½ verre	nausées/douleurs rétro- stern. et épigastriques pas de lésions buccales TA 11.5.9	Eau Album. Péni.	0	bonne en 2 jours
46	B.H. 1128	22	F	Vol.	javel	¼ litre	nausées, vomit. sanglants dysphagie, douleurs épig. langue rouge, décapillée Fièvre à 39° reste de l'examen RAS TA 9/5	Phosphalugel Péni S.G. hydrocortisone hept. a.myl	0	bonne en 3 jours

47	ZF 883	3	F	invol	javel	indeterm.	pas de signes fonctionnels ni physiques	Eau Albumin. Phosphalugel Péni.	0	bonne en 1 jour
48	BF 57	18	F	vol.	javel	1/4 litre	pas de signes fnels ni physiques. TA 14.7	Eau Albumin. Phosphalugel Péni.	0	bonne en 2 jours
49	BB 719	16	F	vol.	javel	1 verre	douleurs épigast. pas de lésions buc. TA 12.6	Eau Album. Péni.	0	bonne en 2 jours
50	BY 782	30	F	invol.	Espit de Sel	1 c. café	douleurs, dysphagie examen: RAS. TA 12.7	Eau Albumin. Péni/hydrocort.	0	bonne en 1 jour
51	AA 1081	27	M	invol.	Espit de Sel	1 gorgée	douleurs examen normal TA. 12.7	Eau Album. Phosphalugel	0	bonne en 2 jour
52	CS 94	1 1/2	M	invol.	Espit de Sel	indeterm.	vomissements, diarrhée pas de lésions buccales examen normal	Phosphalugel Tifemycine Cortancyl	T6D:0	bonne en 2 j. persiste un spasme du cardia.
53	AF 1700	27	F	Vol.	Espit de Sel	5 cc.	brûl. œsoph. et épigast. pas de lésions buccales examen normal. TA 10.6	Péni Gélusil	0	bonne en 1 jour
54	HD 813	8	M	invol	Espit de Sel	1 gorgée	douleurs. vomit. tous examen normal.	Eau albumin. Péni. Gélusil	0	bonne en 2 jours
55	MN 712	5	M	invol	Espit de Sel	1 gorgée	bon E.G. pas de fièvre douleurs épigastriques Cavité buccale normale reste de l'examen normal	Eau Albumin. Phosphalugel Penicilline	0	bonne en 1 jour

56	B.M. 600	15	F	Vol	Esprit de Sel	indéterm.	brûlures œsoph. épigas. pas de lésions buccales examen normal, TA 12.6	phosphalugel pénicilline	0	bonne en 3 jours
57	M.K. 726	1	F	invol.	Acide	indéterm.	convulsions : O.A.P. vomissements, diarrhée sangl. cavité buccale RAS TA 10.5	phosphalugel S.G. hydrocortisone coli.	0	D.C.D. le m jour (choc et collaps. c.v.)
58	AZ 727	20	F	invol.	Esprit de Sel	1/2 verre	Bon état général	Gelusil, Buscopan Péni. Cortancyl	0	bonne en 2 jours
59	B.A. 818	33	M	Vol	Esprit de sel	1/2 Litre	agité, pâle. Hématémèse ulcer. buccales hémorrag. abdomen douloureux TA 10.5. K 120/mm	Sang. Rhéomar. S.G. THAM. MSHC. Vit. K ₁ Terra. Phosphal.	A.S.P. = RAS Fistule œso- bronchique	D.C.D. le 3 ^e jour (choc, collapsus.)
60	S.O. 1115	17	F	Vol	KMNO ₄	2cp dilués	examen normal	Phosphalugel Péni.	0	bonne en 2 jours
61	L.H. 170	4	M	invol.	Soude	cristaux	examen normal	Péni. Phosphal.	0	bonne en 1 jour
62	H.N 1009	19 1/2	F	Vol.	Ammoniaq.	indéterm.	douleurs abdominales vomissements pas de lésions buccales	Eau Album. Phosphalugel Buscopan Penicilline	0	bonne en 2 jours
63	C.A. 7	7	M	invol.	Potasse	1/2 verre	brûlures bouche œsophage épigastre lèvres tuméfiées ulcérations bouche et palais hyperleucocytose	Phosphalugel lavage de bouche Penicilline Cortancyl	télé = RAS	bonne en 7 jours

64	C.M. 1130	2	M	invol.	javel	1 c à café	vomissements pas de lésions buccales	observation	o	bonne en 1 jour
65	B.K. 542	2	M	invol.	javel	1 verre	Agitation Vomissements	eau album. Ganidan	o	bonne en 2 jours
66	C.K. 30	2	M	invol.	javel	indéterm.	Toux. pas de lésions buccales. examen RAS	eau album. Pēni.	o	bonne en 1 jour
67	R.A. 486	43	F	vol.	javel	1 verre	Examen normal TA: 14.6	Lavage Gastr. ! Eau Album. Pēni.	o	bonne en 1 jour
68	M.M. 470	35	F	vol.	javel	1/4 litre	Douleurs abdominales pas de lésions buccales examen normal	Lavage Gastr. ! Eau Alb. Bism. Pēni. Sultirène	o	bonne en 2 jours
69	B.O. 1306	36	F	vol.	javel	1 verre	pas de lésions buccales examen normal	lavage Gastr. ! buscopon	o	bonne en 1 jours
70	C.A. 194	30	F	vol	javel	1/2 litre	Céphalées. vomis ^s sanglants brûlures œsoph. et épigast. bouche rouge sans lésions	Eau Album. Gélusil Spasfon	o	bonne en 1 jour
71	H.F. 396	31	F	vol.	javel	75 cc	brûlures œsoph. et épig. pas de lésions buccophar. Examen normal. TA 11.7	Gélusil. buscopon Colimycine Bacti.	o	bonne en 3 jours
72	A.E. 150	27	F	vol	javel	1/2 litre	vomits. agitation douleurs épigastriques pas de lésions buccoph. TA. 12.6	Eau Album.	o	bonne en 3 jours
73	B.4. 834	27	F	vol.	javel	1/2 litre	pas de lésions buccopharyngées Examen normal TA. 14.7	Eau Album. Hydrocortisone	o	bonne en 1 jour

74	S.Y. 762	22	F	vol.	javel	4 gorgées	dysphagie pas de lésions buccales	Bismuth. Pêni. Hydrocortisone.	o	bonne en 4 jour
75	F.F. 1237	21	F	vol.	javel	30cc	obubilation, dysphagie pas de lésions buccales TA. 14.8	Eau Album. S.Bic. 5.4.5.6 Pêni. heptamyl	o	bonne en 1 jour
76	B.A. 773	19	F	vol.	javel	à litre?	Bon E.G. pas de lésions buccales TA 12.7	Eau Albumin. Pêni.	o	bonne en 6 jours
77	D.M. 303	18	F	invul.	javel	indéterm.	Drôures d'igost. pas de lésions buccales TA = 13.5	Gélusil Calcibronol	o	bonne en 1 jour
78	H.F. 29	19	F	invul.	javel	indéterm.	vésicules, voliges, vomis douloureux apigostiques pas de lésions buccales TA = 12.6. TA = 38°	Gélusil Pêni Cortancyl	o	bonne en 1 jour
79	R.F. 201	18	F	vol.	javel	1/2 verre	vomits brôures épig. pas de lésions buccales TA. 13.9	Eau Album. Gélusil	o	bonne en 2 jours
80	L.L. 18	18	F	vol.	javel	30cc	obubilation. Pas de lésions buccales TA. 14.10	Louge Gastr. Phosphatigel	o	bonne en 2 jours
81	B.M. 42	17 1/2	F	vol.	javel	indéterm.	ulcétaire anseinte vomits. pas de lésions TA. 11.6	Eau Albumin.	o	bonne en 1 jour
82	M.O. 694	17	F	vol.	javel	1 verre	pas de lésions buccales TA: 14.12	Observation	o	bonne en 1 jour
83	D.Y. 220	17	F	vol.	javel	1/2 verre	pas de lésions buccales TA. 12.9	Eau Albumin.	o	bonne en 1 jour
84	M.S. 293	1	F	invul.	javel	indéterm.	vomissements pas de lésions buccales	Phosphatigel	o	bonne en 2 jour.

85	B.F. 977	16	F	vol.	javel	indéterm.	obnub. douleurs abd. pas de lésions buccales TA. 12.6.	Eau Album. Phosphatugel Buscopan	0	bonne en 2 jours.
86	H.D. 1019	2	M	invol.	javel	indéterm.	examen normal	Phosphatugel	0	sorti C.A.R.
87	B.B. 984	17	M	invol.	javel	2 gorgées	vomiss.; dou. abdom. pas de lésions buccales	S.G. Calceum. Spafen. Granidan hydrocortisone	0	bonne en 1 jour
88	B.FZ. 889	19	F	vol.	javel	1/2 litre	examen normal	Phosphatugel S.G. Glucose	0	bonne en 1 jour
89	K.A. 1317	18	F	vol.	javel	1 verre	épileptique. Vomiss. pas de lésions buccales	Lavage Gastr. Phosph. Atropine Cortancyl	0	bonne en 7 jours
90	Z.Z. 416	17	F	vol.	javel	indéterm.	brûlures œsoph. épig. pas de lésions buccales	Phosphatugel Peni. Buscopan	0	bonne en 1 jour
91	B.U. 22	21	F	vol.	javel	1/2 litre	vomissements. brûlures œsoph. et épigast. pas de lésions buc. TA. 12.7	Gaelusil Hepta myl Cortancyl	0	bonne en 2 jours
92	C.M. 171	21	F	vol.	Esprit de sel	3 gorgées	Céphalée. Vertiges douleurs abdominales pas de lésions buccales TA. 12.6.	S.Lévil. Peni. Caféine. Pressyl Sposfon. Phosph. Neomycine	0	bonne en 1 jour
93	D.H. 984	1	F	invol.	Esprit de sel?	indéterm.	examen normal	observation	0	bonne en 1 jour
94	A.Z. 410	20	F	vol.	Esprit de sel	3 gorgées	brûlures œsoph. et épigast. gorge rouge sans lésions TA 11.9. 11.92	Bismuth	0	bonne en 1 jour
95	A.S. 929	18	F	vol.	Esprit de sel	3 c. à soupe	Agitation. Examen normal	Eau Albumin. Penicilline	0	bonne en 1 jour
96	C.A. 1750	22	M	vol.	Esprit de sel	indéterm.	obnubilation pas de lésions bucco- pharyngées.	—	0	sorti contre Aus Medical

97	GA. 508	2½	M	Invol.	Esprit de Sel	indétermin.	petite ulcér. commis. labiale droite. Examen normal	"	o	bonne en 1 jour
98	B.F. 1082	4	F	invol.	Esprit de Sel	1 gorgée	Vomissements Pas de lésions buccales	Phosphalugel. Péni. hydrocort.	o	bonne en 6 jours
99	A.M. 300	15½	F	vol.	Esprit de Sel	½ verre	Vomissements noirs brûlures œsoph. épig. pas de lésions buccales TA. 12.7	Eau Albumin. Bismuth. Terra. HSHC	T.G.D.: RAS	bonne en 4 jours
100	K.S. 1191	21	M.	vol.	Esprit de sel	3 gorgées	hyperalgie oropharyngée crachats hémoptiques brûlures épigastriques	Cortancyl	Télé: RAS	bonne en 8 jours
101	D.R. 097	37	F	vol.	Esprit de Sel	½ verre	Vomissements noirs ulcération bucco-pharyngée TA. 12.7. examen RAS	Eau Alb. Phosph. Péni. HSHCort. Trophysan	Oesoph. baryté: Retrecissement au ⅓ moyen- ⅓ inf.	Evacuée en Oesoph. le 30 ^e jour.
102	M.A. 1507	24	M	vol.	Esprit de Sel	¼ litre ?	Hématémèse; fond de gorge hémorragique. legère défense abdom. TA. 15.7	Bismuth. Eau Alb. Péni. Terra Polyvitamines hydrocortisone	TGD normal	bonne en 30 jours
103	K.S. 2047	21	M	vol.	Esprit de Sel	¼ litre	Psychopathe. Vomiss. sanglants. Dysphagie. brûl. œsop. et épig. dyspnée multiples ulcér. bucco-pharyng. TA. 12.7	bismuth. Péni. Terra Hydrocortisone S.G. Plasmagel Trophysan	1 ^e TGD = normal 2 ^e TGD: norm.	évolution sans séquelles. sortie après 5 mois.
104	R.L. 3185	3	M	invol	Potasse	?	pas de lésions bucco-pharyng. examen normal	Eau Albumin. Phosphalugel	o	bonne en 1 jour
105	A.M. 162	3	F	invol.	KMnO ₄	cp ?	pas de lésions bucco-pharyng. examen normal	Phosphalugel	o	bonne en 1 jour

106	MFZ 4436	25	F	vol.	javel	1 verre	pas de S. fonctionnels pas de lésions buccales	Lavage gastr. Eau Album.	0	bonne en 2 jours
107	A.M. 535	25	F	vol.	javel	indéterm.	dysphagie ; douleurs oesoph. et épigast. gorge rouge sans lésions	Eau albumin. phosphalugel Péni. Cortancyl	TGD normal	bonne en 10 jours
108	S.S. 3510	22	F	vol.	javel	1/2 bête	brûlures oesoph. + épigast. ulcérations buco-pharyn. TA = 12.7	Lavage Gastr. Eau albumin. phosphalugel	0	bonne en 2 jours
109	G.D. 2574	13	F	vol.	javel	1/2 verre	pas de lésions examen normal	Eau Album. phosph. Péni.	0	bonne en 7 jour
110	D.L. 2384	18	F	vol.	javel	1/2 verre	Examen normal	phosphalugel	0	bonne en 1 jour
111	H.F. 2450	2	M	invol.	javel	indéterm.	Examen normal	phosphalugel	0	bonne en 1 jour
112	G.N. 2412	21	M.	vol.	javel	1/2 litre	obrutité pas de lésions	Lavage Gastr. phosphalugel	0	bonne en 1 jour
113	B.F. 638	17	F	vol.	javel	indéterm.	Examen normal	phosphalugel	Transit Oes. G. normal	bonne en 9 jours
114	H.Z. 2218	24	F	vol.	javel	1 verre	Examen normal	phosphalugel	TGD : RAS	bonne en 9 jours
115	A.F. 3663	24	F	vol	javel	indéterm.	Vomissements examen normal	phosphalugel	TGD: RAS	bonne en 13 jours
116	D.Z. 3588	20	F	vol.	javel	indéterm.	examen normal	Eau Album. phosphalugel		Sortie C.A.M.
117	B.I. 3829	2	M	invol	javel	indéterm.	examen normal	Lavage Gastr. phosphalugel Péni-Tanderil	0	bonne en 1 jour
118	H.H. 3299	2	M	invol	javel	1 verre	Vomissements pas de lésions	phosphalugel	0	bonne en 1 jour.

119	B.O. 315	20	F	vol.	javel	indéterm.	vomissements. examen normal	phosphalugel	o	bonne en 1 jour
120	D.M. 1971	22	F	vol.	javel	1/2 flacon	vomissements, agitation épigastriques examen normal	Eau albumin. phosphalugel peni. cortancyl	o	bonne en 3 jours
121	H.L. 1955	26	M	vol	javel + C.O.	1/3 litre	épigastralgies examen normal TA. 12.7	Eau Albumin. phosphalugel Cortancyl	o	Sorti C.A.M. le m jour
122	H.B. 1458	22	F	vol.	javel	1/4 litre	épigastralgies examen normal	phosphalugel cortancyl buscopan	78D normal	bonne en 20 jours
123	B.H. 4631	18	F	vol.	javel	indéterm	brûlures rétro-sternales examen r.a.s.	Eau albumin. phosphalugel	o	bonne en 1 jour
124	C.F. 4067	35	F	vol.	javel	1 verre	douleurs abdom. diffuses examen r.a.s.	Eau albumin. phosphalugel	o	Sorti C.A.M. le m jour
125	B.M. 4136	15	F	vol.	javel	indéterm.	obnubilation examen r.a.s.	Aspir. gastrique Eau alb.; phosph. peni. cortancyl	o	bonne en 4 jours
126	T.E. 3747	21	F	vol.	javel	1/2 verre	examen r.a.s.	Eau album. phosphalugel hydrocortis.	o	bonne en 1 jour
127	K.A. 4041	25	F	vol.	javel	indéterm.	examen r.a.s.	Eau albumin.	o	bonne en 2 jours
128	A.O. 4569	18	F	invol.	javel	indéterm	brûlures épigastriques examen r.a.s.	Eau albumin. phosphalugel	o	bonne en 2 jours
129	B.A. 263	21	F	invol	javel	1/2 verre	examen normal	Eau albumin.	o	bonne en 2 jours

130	G.C. 371	34	F	vol.	javel	indéterm.	douleurs épigastriques examen normal	eau albumin. phosphalugel	0	Sortie C.A.M. 1 ^{er} jour
131	H.R. 1126	16	F	vol.	javel	indéterm.	agitation. vomissements examen normal	lavage gastr. Serum glucosé	0	bonne en 2 jours
132	A.D. 4365	17	F	vol.	javel	1 verre	douleurs épigast. examen normal	bismuth	0	bonne en 3 jours
133	B.K. 1012	26	F	vol.	javel	1 verre	brûlures œsophagiennes gorge rouge T.A. 10,5/8	lavage gastrique phosphalugel SGI-SGH. S.Bic.	0	bonne en 3 jours
134	M.F. 813	35	F	invol.	javel	1 verre	examen normal	phosphalugel	0	bonne en 2 jours
135	A.K. 1010	19	F	vol.	javel	1 verre	petites ulcér. du palais examen normal	phosphalugel	0	bonne en 1 jour
136	M.D. 72	22	F	vol.	javel	1 verre	vomissements. brûlures petites ulcér. du fond de la gorge	eau albumin. phosphalugel cortancyl	0	Sortie C.A.M. le 2 ^e jour
137	B.Z. 142	23	F	vol.	javel	1/2 litre	ulcération de la gorge?	phosphalugel	0	bonne en 3 jours
138	Z.FZ. 155	20	F	vol.	javel	indéterm.	brûlures épigastriques	eau albumin.	0	bonne en 3 jours
139	L.4 234	17	F	vol.	javel	indéterm.	douleurs épigastriques	Lavage Gastr. eau albumin.	0	bonne en 2 jours
140	S.S. 223	21	F	vol.	javel	1/4 litre	agitation. brûlures œsoph. et épigast.	eau albumin. phosphalugel	0	bonne en 2 jours
141	B.N. 824	2	F	invol.	javel	1/2 tasse	Vomissements examen normal	phosphalugel pénicilline	0	bonne en 1 jour.

142	B.N. 964	1 1/2	F	inval.	javel	indéterm.	examen normal	lait, eau album phosphatuel	télé : n.a.s.	bonne en 2 jours
143	B.N. 1154	1	F	inval.	javel	indéterm.	examen normal	eau albumin.	-	bonne en 1 jour
144	B.I. 829	16 1/2	M	vol.	javel	3 gorgées	examen normal	phosphatuel pénicilline	-	bonne en 1 jour
145	G.F.Z. 2962	20	F	vol.	javel	indéterm.	examen normal	eau albumin. phosphatuel	-	bonne en 2 jours
146	T.A. 3005	44	F	vol.	javel	indéterm.	douleurs rétrosternales examen normal	phosphatuel calcibronat hydrocortis.	-	bonne en 2 jours
147	B.O. 2990	17	F	vol.	javel	1 verre	brûlures œsophag. examen normal	phosphatuel cortancyl	-	bonne en 3 jours
148	K.M. 4737	21	F	vol.	javel	1 verre	examen normal	eau albumin. phosphatuel	-	bonne en 1 jour
149	C.M. 1845	22	F	vol.	javel	indéterm.	brûlures rétrosternales et épigastriques examen normal	eau albumin. phosphatuel	-	bonne en 1 jour
150	M.C. 2235	18	F	vol.	javel	1/2 litre ?	examen normal	phosphatuel	-	bonne en 2 jours
151	U.L. 2156	114	F	vol.	javel	indéterm.	épigastriques examen normal	phosphatuel cortancyl	-	bonne en 1 jour
152	B.D. 3291	9	F	inval.	javel	indéterm.	examen normal	eau albumin. phosphatuel	-	bonne en 2 jours
153	N.M. 2777	46	F	vol.	javel	1/2 litre	examen normal	eau albumin. phosphatuel	-	bonne en 3 jours
154	S.Z. 4172	10	F	vol.	javel	1/2 verre	dysphagie, brûlures œsoph. et épigast. examen normal	phosphatuel buscopan valium	transit œso- gastrique = n.a.s.	bonne en 4 jours

155	A.L. 1887	18	F	invol.	javel	indéterm.	douleurs rétrost. + épig. gorge rouge examen normal	Eau albumin. phosphalugel cortancyl	Transit Oeso- gastrique : normal	bonne en 3 jours
156	T.M. 2034	40	M.	vol.	esprit de sel	1 gorgee	vomissements; brûlures rétrostern. et épigast. pas de lésions.	phosphalugel rovamycine cortancyl	TAD normal	bonne en 10 jours
157	Y.F. 2215	20	F	vol.	esprit de sel	indéterm.	Psychose du post-partum agitation, ulcérations higiques bucco-pharyngées Abdomen ballonné TA 95/5 π 160/mm	Phosphalugel Sang. S.G. Terra. valium Hydrocortisone	-	D.C.D. le 1 ^{er} m collapsus C.V
158	B.F. 4699	20	F	Vol.	esprit de sel	1/2 verre	Douleurs rétrostern. épig. Dysphagie - vomissem. Pas de lésions bucco-ph.	phosphalugel jéni cortancyl	-	bonne en 9 jours
159	H.A. 1313	45	M	Vol.	esprit de sel	indéterm.	agité. vomiss ^{ts} sanglants douleurs épigastriques ulcérations bucco-ph. TA. 10 $\frac{1}{2}$ - 5	phosphalugel rheomacrodin jéni - phénérqan NSH Cort.	-	D.C.D. le 1 ^{er} m 2430 après 1 ^{er} tree (collapsus)
160	O.N. 2312	42	F	Vol.	esprit de Sel	indéterm.	agitation. pas de lésion examen normal	phosphalugel hydrocortis.	-	bonne en 1 jour
161	B.M. 260	21	F	vol	esprit de sel	indéterm.	agitée. pas de lésions examen normal	phosphalugel	-	bonne en 2 jours
162	B.L. 1635	4	M	invol.	esprit de sel	1c. à café	conscient avait vomit du sang langue ulcérée examen normal hyperleucocytose	phosphalugel oracilline	-	bonne en 2 jours.

163	B.K. 1617	19	F		vol.	esprit de sel	indéterm.	brûlures rétrosternales et épigastriques pas de lésions bucco- pharyngées	phoshalugel terra. hydrocortisone	2 T.G.D. normaux	bonne en 30 jours
164	B.H. 2109	1½	F		invol.	KMnO4	indéterm.	examen normal	phoshalugel	-	bonne en 1 jour
165	K.Z. 2446	1	F		invol.	KMnO4	1cp ?	examen normal	lavage gastrique phoshalugel pénicilline	-	bonne en 2 jours
166	H.M. 4250	2	M		invol.	KMnO4	indéterm.	examen normal	bains de bouche phoshalugel	-	bonne en 1 jour
167	Z.T. 582	20	F		vol.	KMnO4	indéterm.	vomissements, brûlures œsophagiennes et épigastriques pas d'ulcérations examen général normal	phoshalugel pénicilline cortancyl	T.G.D. normal	bonne en 22 jours
168	B.R. 1787	5	F		invol.	KMnO4 POTASSE en solution	indéterm.	brûlures bucco-pharyng. hyper salivorrhée petites ulcérations superficielles bucco- pharyngées. parailleurs : r.a.s.	eau albumin. phoshalugel rifomycine cortancyl	T.G.D. : R.A.S.	bonne en 30 jours.

1970

169	O.H. 1956	18	F	vol.	javel	¼ litre	obnubilation, brûlures rétrosternales. Pas de lésions buccales	phosphalugel	-	bonne en 2 jours
170	Z.N. 2446	2	M	invol.	javel	indéterminée	pas de lésions bucco-ph. examen général RAS	Lavage Gostr. Phosphalugel	Télé: RAS	bonne en 1 jour
171	B.H. 2696	30	F	vol.	javel	indéterm.	brûlures épigast. examen normal	phosphalugel	-	bonne en 1 jour
172	S.D. 932	30	F	vol.	javel	1 verre	douleurs abdomin. examen normal	eau albumin. phosphalugel	-	bonne en 1 jour
173	N.Y. 1019	21	F	vol.	javel	1 verre	petites ulcérations superficielles sur la langue et le palais r.a.s. par ailleurs	eau albumin. bismuth	-	bonne en 1 jour
174	B.Y. 787	23	F	vol.	javel	½ litre	Atcd d'épilepsie examen r.a.s.	bismuth calcibronat	-	bonne en 1 jour
175	S.D. 932	30	F	vol.	javel	1 verre	douleurs abdomin. examen normal.	eau album. phosphalugel buscopan	-	bonne en 1 jour
176	M.S. 850	2	M	invol.	javel	indéter.	vomissements examen normal	eau albumin.	-	bonne en 1 jour
177	A.Z. 4260	22	F	vol.	javel	1 verre	examen normal	phosphalugel	-	bonne en 2 jours
178	S.Z. 4308	16	F	vol.	javel	1 verre	examen normal	phosphalugel	bonne en 1 jour	bonne en 1 jour
179	N.D. 1192	24	F	vol.	javel	½ flacon	hyperalorhée pas de lésions bucco-ph. reste de l'examen normal	phosphalugel	-	bonne en 2 jours.

180	B.S. 1900	3	F	invol.	javel	indéterm.	a vomit. pas de lésions buccales	phosphalugel	télé = r.a.s.	bonne en 2 jours
181	M.S. 4143	6	M	invol.	javel	1 tasse	brûlures épigast. pas de lésions buccales	phosphalugel pénicilline	télé = r.a.s.	bonne en 3 jours
182	B.N. 1804	2	F	invol.	javel	indéterm.	vomissements pas de lésions buccales	phosphalugel	télé = r.a.s.	bonne en 2 jours
183	O.N. 1915	15	F	vol.	javel	2 verres	récidiviste examen normal	phosphalugel	-	bonne en 1 jour
184	B.H. 1640	18	M.	vol.	javel	1 verre	pas de lésions buccales examen normal	phosphalugel	-	bonne en 2 jours
185	B.FZ 1627	18	F	vol.	javel	3 gorgées	épigastriques; aurait vomi du sang; petite ulcération de la paroi post. du pharynx	phosphalugel péni	télé = r.a.s.	bonne en 2 jours
186	I.F. 1180	50	F	vol.	javel	¼ litre	douleur épigast. r.a.s. par ailleurs	eau album. phosphalugel péni	-	bonne en 4 jours
187	G.F. 988	26	F	vol.	javel	indéterm.	vomissements. pas de lésions	lavage gastr. eau albumin.	-	bonne en 1 jour
188	A.M. 584	2½	M	invol.	javel	1 verre?	Vomits sanglants pas de lésions	phosphalugel péni	-	bonne en 1 jour
189	D.Y. 1304	17	F	vol.	javel	indéterm.	agitat., dysphagie vomits sanglants douleurs épigastriques petites ulc. amygd. TD 9/6	phosphalugel péni cortancyl	oesoph. baryté: normal	bonne en 6 jours
190	A.Z. 2266	16	F	vol.	javel	indéterm.	examen normal	eau album. péni.	-	bonne en 1 jour.

191	AA. 2228	1 1/2	M	invol.	javel	indéterm	examen normal	phosphalugel	-	bonne en 1 jour
192	B.K. 73	18	F	vol.	javel	1 verre	examen normal	phosphalugel	-	bonne en 1 jour
193	L.D. 753	19	F	vol.	javel	1/4 litre	grossesse de six mois vomissements sangl., dysphagie n.a.s. par ailleurs	eau albumin. phosphalugel	atéle = n.a.s.	bonne en 3 jours
194	O.4. 3382	26	F	invol.	esprit de sel	1 gorgée	dysphagie, vomissements bilieux douleurs épigastriques langue décapillée, gorge rouge. hyperleucocyt.	phosphalugel phénérqan hydrocortis.	-	bonne en 6 jours
195	I.F. 2008	19	F	vol.	esprit de sel	30cc. ≈	dysphagie, brûlures œso-épigastriques pas de lésions bucco-ph.	phosphalugel bismuth hydrocortisone phénérqan/largactil pénicilline	œsoph. baryté; rétrecissement 1/3 sup.	adressée en O.R.I. le 15ème jour
196	T.N. 1886	15	F	vol.	esprit de sel	2c. à soupe	vomissements teintés de sang dysphagie, modérée brûlures épigast. pas de lésions bucco-ph.	phosphalugel péni tandénil	atéle = n.a.s. t.g.d. = n.a.s.	bonne en 14 jours
197	C.S.A. 1076	1 1/4	M	invol.	esprit de sel	1c. à café	vomissements teintés de sang ulcérations amygd. dte n.a.s. par ailleurs	eau albumin. phosphalugel phénérqan	-	bonne en 1 jour
198	B.M. 4288	23	F	vol.	esprit de sel	indéterm.	vomissements sanglants pas de lésions buccales examen normal	phosphalugel hydrocortisone largactil terra	atéle = n.a.s. t.g.d. = n.a.s.	bonne en 3 jours
199	M.S. 4397	2	M	invol.	esprit de sel	indéterm.	vomissements, muq. bucco-pharyngées légèrement irritée reste de l'examen: n.a.s.	phosphalugel cortancyl péni	t.g.d. = n.a.s.	bonne en 4 jours.

200	D.H. 51	27	F	vol	esprit de sel	indéterm.	dyspnée, dysphonie, dysphagie, vom. sang. ulcer. bucco-pharyng. TA 10.6	phosphalugel sérum glucosé hydrocortis. valium rhéomacrodex sang	télé : n.a.s.	D.C.D. 1e m jour (collapsus c.v.)
201	A.F. 2706	22	F	vol.	esprit de sel	1c. ½	brûlures épigast. vomissements pas de lésions bucco.ph.	phosphalugel tandénil valium	télé : n.a.s.	bonne en 2 jours
202	K.F. 2186	10	F	invol.	esprit de sel	indéterm.	obnubil. vomis' sangl. érosion : lèvres et cavité buccale	phosphalugel hydrocortison.	-	bonne en 4 jours
203	K.L. 1013	22	F	vol.	esprit de sel	½ verre	agitée, brûlures atroces rétrostern. et épigast. dysphagie/vomit. sangl. abondants. pas de lésions TA : 13.8	Phosphalugel hydrocortisone Phenerg. larg. Dolav après Trachéo. S.G. sang pêni	télé : n.a.s. t.g.d. : n.a.s.	bonne en 15 jours
204	B.M. 1970	1½	M	invol.	POTASSE	indéterm.	lèvres tuméfiées/ulcer. langue et pharynx dysphagie modérée TA 10.5. hyperleuco.	bains de bouche phosphalugel hydrocortisone penicilline	télé : n.a.s. t.g.d. : n.a.s.	bonne en 6 jours
205	O.M. 4039	1½	M	invol.	POTASSE	indéterm.	lèvres tuméfiées petites ulcérations langue et pharynx reste de l'examen normal.	bains de bouche en observation phosphalugel hydrocortisone hexacycline	télé : n.a.s. t.g.d. : n.a.s.	bonne en 5 jours.

206	B.A. 2516	7	M	invol.	KMnO ₄ (cp)	indéterm.	pas de lésions bucco-pharyngées examen normal	pas de lésions examen normal	lavage gastrique eau albumin. observation	-	bonne en 1 jour
207	T.S. 3300	1	M	invol.	KMnO ₄ (cp)	indéterm.	pas de lésions examen normal	pas de lésions examen normal	lavage gastrique eau albumin. observation	-	bonne en 1 jour
208	D.S. 3679	7	M	invol.	KMnO ₄ (cp)	indéterm.	légère tuméfaction des lèvres cavité bucco-pharyngée rouge pas par ailleurs	légère tuméfaction des lèvres cavité bucco-pharyngée rouge pas par ailleurs	bain de bouche observation	-	bonne en 1 jour
209	Z.B. 2655	4	M.	invol.	SOUDE	indéterm.	douleurs bucco-pharyng. tuméf. lèvre inf. pas de lésions muq.	douleurs bucco-pharyng. tuméf. lèvre inf. pas de lésions muq.	phosphalugel tandénil	-	bonne en 2 jours
210	C.M. 1786	56	M	vol.	ammoniaque	indéterm.	psychopathe vomissements sanglants douleurs épig. intenses amaigrissement, hypotonie.	psychopathe vomissements sanglants douleurs épig. intenses amaigrissement, hypotonie.	phosphalugel péni sérum glucose trophysan buscapan	Télé = r.a.s. 2 t.g.d. r.a.s.	persistent les vomissements sanglants évacués en chirurgie le 25 ^e jour.

1971

211	H.F.	1097	6	M	invol.	javel	indéterm.	examen général normal	eau albumin. hydrocortisone pénicilline	-	bonne en 2 jours
212	B.M.	1096	3	M	invol.	javel	indéterm.	examen normal	eau albumin. hydrocortisone pénicilline	télé = n.a.s.	bonne en 2 jours
213	D.F.	230	17	F	invol.	javel	1/2 verre	examen normal	eau albumin. phosphalugel	-	bonne en 1 jour
214	R.F.	113	22	F	invol.	javel	indéterm.	agitation examen normal	phosphalugel péni - coli	-	bonne en 1 jour
215	H.N.	907	17	F	vol.	javel	1/2 litre?	vomissements brûlures épigast. examen n.a.s.	eau albumin. phosphalugel solu-medrol puis cortancyl	-	bonne en 6 jours
216	C.Z.	965	20	F	vol.	javel	1/2 litre?	brûlures épigast. pas de lésions muqueus. examen n.a.s.	phosphalugel péni	-	bonne en 3 jours
217	H.M.	4290	4	M	invol.	javel	indéterm.	pas de lésions buccales examen normal	phosphalugel hydrocortisone solnicol	-	bonne en 2 jours
218	A.A.	2761	1 1/2	M	invol.	javel	indéterm.	examen normal	phosphalugel	-	bonne en 1 jour
219	N.B.	2671	18	F	vol.	javel	1 verre?	brûlures épigastriques pas de lésions bucco- pharyngées examen normal	phosphalugel	-	bonne en 1 jour.

220	B.F. 3187	20	F	vol.	javel	10cc. ±	grossesse de 2 mois aqit. brulures épig. examen normal	eau album. phosphaluget péni hydrocortisone	-	bonne en 8 jours
221	S.A. 1425	28	F	vol.	javel	1/2 litre?	obnubilée pas de lésions buccales	eau albumin. phosphaluget	-	bonne en 1 jour
222	NK. 2385	2	M	invol.	javel	indéterm.	obnubilée. pas de lésions buccales abdomen ballonné	phosphaluget hydrocortisone péni-terra	-	bonne en 1 jour
223	M.O. 2367	20	F	vol.	javel	1/2 litre?	pas de lésions buccales examen normal	phosphaluget eau albumin. péni.	-	bonne en 1 jour
224	D.K. 2583	17	F	vol.	javel	indéterm.	obnubilée, aréflexie pas de lésions buccales T.A. = 95/5	eau albumin. phosphaluget rhéomacrodex S.G.H. hydrocortisone	-	bonne en 1 jour
225	A.H. 2014	20	F	vol.	javel	1/2 litre?	vomissements pas de lésions buccales examen c.a.s.	eau albumin. phosphaluget péni-terra hydrocortis.	-	bonne en 3 jours
226	L.F. 1301	-	F	vol.	javel	indéterm.	examen normal	eau albumin. phosphaluget	-	bonne en 1 jour
227	B.M. 1095	2 1/2	M	invol.	javel	indéterm	examen normal	eau albumin. hydrocortis. péni	Félé = c.a.s.	bonne en 2 jours
228	S.L. 1083	22	M	vol.	javel	1 verre	vomissements teintés de sang pas de lésions buccales examen normal	eau albumin. phosphaluget hydrocortisone	-	bonne en 2 jours

229	N.A. 1301	25	M	vol.	javel	1 verre	brûlures épigast. pas de lésions muq.	phosphalugel	-	bonne en 1 jour.
230	B4. 981	22	F	vol.	javel	1/2 litre	brûlures œsoph. et épig. vomissements teintés de sang. pas de lésions buccales	phosphalugel	télé: n.a.s.	bonne en 2 jours
231	G.L. 1244	29	F	vol.	javel	indéterm.	douleurs épigast. pas de lésions buccales	phosphalugel	-	bonne en 1 jour.
232	L.M. 1689	2	M	invol	javel	indéterm.	toux sèche pas de lésions buccales	phosphalugel	télé = n.a.s.	bonne en 4 jours
233	T.M.	28	F	vol.	javel	1/2 verre	examen général: n.a.s.	phosphalugel	-	sortie contre avis médical
234	N.K. 1845	21	F	invol	javel	1 verre	agitation pas de lésions buccales examen normal hyperleucocytose	phosphalugel solnicol hydrocortis. buscopan	télé = n.a.s. 2 t.g.d. = n.a.s.	bonne en 10 jours
235	S.D. 1505	65	F	vol.	javel	1/2 litre	obnubilation. vomissements sanglants brûlures épigastriques dysphagie modérée petites ulcérations bucco-pharyngées T.A. 22.11	phosphalugel péni cortancyl buscopan hydergine	télé = n.a.s. 2 t.g.d. = n.a.s.	bonne en 24 jours.

236	M.K. 2340	46	F		invol.	esprit de sel	1/2 verre	douleurs abdominales dysphagie importante ulcérations langue-gorge TA 13.7	phosphalugel antibiotiques corticoïdes Sérum glucosé trophysan	-	après 2 mois persiste de la dysphagie et des douleurs abdominales. D.C.D en chirurgie
237	K.K. 2547	137	M		invol.	esprit de sel	indéterm.	conscient, agité, sueurs π filant, B.d.C. assourd. extrémités froides T.A. 6/4	rhéomacrodex sérum glucosé hydrocortisone phosphalugel	-	D.C.D. le 1 ^{er} jour par collapsus C.V.
238	D.Z. 2311	27	F		vol.	esprit de sel	1/4 litre	obnubilée. vomis ^s sanglants π et TA impre ⁿ ables tachycardie. pas de lésions buccales hématémèse	rhéomacrodex Sang Sérum glucosé hydrocortisone phosphalugel	t.g.d. : sténose pylorique	évacuée après 1 mois en chirurgie gastrectomie. bonne évolution ultraieure
239	K.H. 1110	3	M		invol.	esprit de sel	indéterm.	vomissements pas de lésions buccales	phosphalugel	-	sorti. C.A.M. le même jour
240	D.M. 1088	54	M		vol.	esprit de sel	1/4 litre	vomissements Sanglants douleurs abdominales ulcérat. langue et AR gorge	phosphalugel sérum glucosé hydrocortisone antibiotiques	télé = n.a.s. T.q.d, 6 ^e jour: import. rétrécis ^t 1/3 m. œsoph.	persiste de la dysphagie : évacuée en chirurgie
241	A.A. 2448	58	F		invol.	esprit de sel	quelques cc.	douleurs. vomis ^s teintes de sang. petites ulcérat. langue et AR Gorge TA. 13.7.	phosphalugel sérum glucosé hydrocortisone	-	bonne en 2 jours
242	D.H. 772	4	M		invol.	esprit de sel	indéterm.	dysphagie, dyspnée ++ cyanose pas de lésions bucca- pharyngées hyperleucocytose	phosphalugel peni corticoïdes phénergan	télé: opacités floconneuses tqd 6 ^e jour r.a.s.	bonne en 14 jours.

243	R.L. 2352	32	M		invol.	esprit de sel	1/2 verre	pas de lésions bucco-phar. examen normal TA. 11.7	phosphalugel pêni-coli buscopan	-	bonne en 1 jour
244	M.D. 293	20	F		vol.	esprit de sel	indéterm.	obnubilée, douleurs abdominales, vomissent teintés de sang pas de lésions buccales	phosphalugel corticoïdes antibiotiques	-	bonne en 3 jours
245	C.A. 38	56	M		invol.	esprit de sel	indéterm.	douleurs œsophagièn. érosions bucco-pharyng. examen normal	phosphalugel hydrocortisone buscopan	-	bonne en 5 jours
246	B.S. 608	6	F		invol.	esprit de sel	1 gorgée	douleurs, lèvres tuméfiées langue dépapillée, enflammée reste de l'examen normal	phosphalugel hydrocortisone pénicilline	-	bonne en 1 jour
247	O.R. 55	16	F		vol.	esprit de sel	1/2 verre	brûlures œso-d'égast. pas de lésions bucco-ph. reste de l'examen normal	phosphalugel pêni- cortancyl	-	bonne en 4 jours
248	K.H. 1947	18	M		vol.	esprit de sel	1 c. à soupe	douleurs ulcérations buccales n.s. par ailleurs	phosphalugel hydrocortisone terramycine	œsoph. baryté r.a.s.	bonne en 2 jours
249	A.D. 1577	24	M		vol.	esprit de sel	1 verre	douleurs hématomèse ulcérations bucco-phar. n.s. par ailleurs	phosphalugel hydrocortisone pêni	-	évacué en chirurgie le 3 ^e jour.

250.	A.M. 4905	8	M	invol.	esprit de sel	indéterm.	E.G. très altéré, détresse respiratoire à abdomen tendu, douloureux 8° 39° 4. TA 8.6 hyperleucocytose apnées	trachéo, réanimation perfusé, soluscol hydrocortisone cocktail lytique ventil. artif.	télé: pneumo. pathie bilat. Rx œsoph: normales	D.C.D le 8 ^o jour
251	M.S. 1059	22	M	vol.	esprit de sel	indéterm.	vomissements sanglants pas de lésions bucco.ph.			évacué en chir. d'où il sévade 2 ^e hosp. en chirurgie D.C.D
252	H.L. 2795	42	M	invol.	ammoniacque	indéterm.	brûlures buccales / lèvres tuméfiées / ulcérations de la langue et du pharynx / atteinte oculaire bon E.G. TA. 11.6	lavage abondant des yeux et bouche phosphalugel pêni collyre	-	bonne en 7 jours
253	B.K. 1467	2	M	invol.	KMnO ₄	indéterm.	pas de lésions. examen : n.a.s.	phosphalugel observation	A.S.P. = n.a.s.	bonne en 1 jour
254	H.Z. 201	2	F	invol.	KMnO ₄	indéterm.	pas de lésions examen : n.a.s.	phosphalugel observation	-	bonne en 1 jour
255	Z.S. 1057	1	F	invol.	Soude	indéterm.	pas de lésions bucco- pharyngées examen général normal	phosphalugel observation	-	bonne en 1 jour.

256	O.K.	256	2½	M	invd.	javel	indéterm.	pas de lésions examen normal	phosphalugel	Télé: r.a.s.	bonne en 1 jour
257	B.F.	797	16	F	vol.	javel	1 tasse	examen normal	phosphalugel	-	bonne en 1 jour
258	A.F.	3065	23	F	vol.	javel	1 verre	examen normal	phosphalugel	-	bonne en 1 jour
259	B.B.	2633	21	F.	vol.	javel	¼ litre	dyspnée. vomissements douleurs épigastriq.	eau albumin. phosphalugel cortancyl terra.	-	bonne en 2 jours
260	B.D.	218	16	F	vol.	javel	½ litre	vomissements, brûlures épigastriques pas de lésions buccales	eau albumin. phosphalugel cortancyl terra	transit aésop. r.a.s.	bonne en 9 jours
261	B.F.	198	15½	F	vol.	javel	⅓ litre	examen normal	phosphalugel	tr. aés. r.a.s.	bonne en 2 jours
262	S.L.	655	14	F	vol.	javel	¼ verre	examen normal	phosphalugel	-	bonne en 6 jours
263	M.M.	173	21	F	vol.	javel	¼ litre	examen normal	phosphalugel eau albumin.	transit aés. r.a.s.	bonne en 2 jours
264	B.R.	1072	21	M	vol.	javel	50cc.	examen normal	phosphalugel hydrocortis. péni.	transit aésop. r.a.s.	bonne en 2 jours
265	D.N.	1919	16	F	vol.	javel	100cc.	examen normal	eau albumin.	-	bonne en 1 jour
266	M.F.	95	24	F	vol.	javel	1 verre	grossesse de 2 mois douleurs épigast. pas de lésions buccales	eau albumin. phosphalugel	-	bonne en 1 jour.

267	A.Y.	2	M	invol.	javel	indéterm.	examen normal	eau albumin. phosphalugel	-	bonne en 1 jour
268	B.R.	89	16	F	vol.	javel	examen normal	eau albumin. phosphalugel	-	bonne en 1 jour
269	A.F.	112	21	F	vol.	javel	grossesse de 7 mois brûlures épigastriques éruptions pas de lésions buccales	eau albumin. phosphalugel hydrocortis. Terra	-	bonne en 3 jours
270	N.A.	116	40	F	vol.	javel	pas de lésions buccales examen normal	phosphalugel hydrocortis. peni	-	bonne en 6 jours
271	L.Y.	711	19	F	vol.	javel	pas de lésions buccales examen normal	eau albumin. phosphalugel Terra	œs. baryté, t.g.d = r.a.s.	bonne en 2 jours
272	A.L.	442	20	F	vol.	javel	grossesse de 9 mois examen normal	phosphalugel contancyl	-	bonne en 2 jours
273	D.Y.	4387	19	F	vol.	javel	examen normal	phosphalugel hydrocortison. peni-coli	-	bonne en 2 jours
274	G.A.	3392	2½	M	invol.	SOUDE	ulcérations bucca.phar. hypersialorrhée hypersecretion bron- -chique.	phosphalugel bains de bouche hydrocortison Terra mycine	télé = r.a.s.	bonne en 17 jours.

275	NH. 4306	2	M					léger oedème labial ulcérat. de la langue dysphagie modérée	eau albumin. phosphalugel solnicol terra. hydrocortis.	-	bonne en 6 jours
276	NH. 3231	28	F					brûlures épigastriques vomissements TA = 12.6	lavage gastr. phosphalugel	-	bonne en 3 jours
277	O.S. 2849	23	F					dysphagie, douleurs épigast. TA : 13.7	bains de bouche phosphalugel	-	bonne en 2 jours
273	B.F. 171	19	F					douleurs abdomin. TA 10,5/6	lavage gastrique	-	bonne en 1 jour
279	O.M. 2965	22	F					dysphagie, douleurs abdom. dyspnée et excombant important. TA. 12.7	phosphalugel TRACHEO. Largactil/Phén. Antibiotiques Perfusions	télé: images flocon. bilat. oesop. baryté: Fistule oeso- trachéale.	bonne en 27 jours, évacuée en o.r.l. (fistule)
280	B.H. 200	17	F					obnub. dysphagie hypersialorrhée erachats sanglants brûlures oes. et épigast. ulcérations sur la langue, le palais, les amygdales, l'épiglotte TA. 12.8	phosphalugel antibiotiques hydrocortisone valium perfusions	oesoph. baryté: sténose à la jonction 1/3 sup. 1/3 moyen. tgd: n.a.s.	évacuée le 11 ^e jour en chirurgie.

281	H.F.	1184	37	F	vol.	esprit de sel	10cc.	brûlures œsoph. et épig. petites ulcérations de la langue et du palais dysphagie modérée T.A. 10.5	phosphalugel hydrocortisone antibiotiques largactil perfusions lait	œsop. baryté: r.a.s.	bonne en 25 jours
282	O.M.	137	47	M	vol.	esprit de sel	1 verre	psychopathe douleurs épigast. vomissements sanglants dysphagie, ulcérat. bucco-pharyngées T.A. 10.6	phosphalugel hydrocortisone antibiotiques calcibronat valium perfusions	tr. œsoph.: r.a.s. t.g.d.: imp. érosion du bas-fond.	bonne en 29 jours
283	M.D.	9838	18	F	vol.	esprit de sel	indéterm.	brûlures épigast. vomissements sanglants ulcér. bucco-pharyng. dysphagie modérée T.A. 10/6	phosphalugel antibiotiques hydrocortisone calcibronat perfusions lait	transit œs.: r.a.s.	bonne en 6 jours
284	B.Z.	11668	28	F	vol.	esprit de sel	1/2 litre	obnubilée, état de choc ulcér. profondes hgiques bucco-pharyngées dyspnée - cyanose T.A. imparable	TRACHEO. Sang plasmagel hydrocortisone antibiotiques cocktail lytique	-	D.C.D. 41 heures après l'admission (insuf. circul. aigüe)
285	M.Z.	16767	17	F	vol.	esprit de sel	1 verre	obnubil. doul. rétrostern. dyspnée, dysphagie, dysphonie. hématémèses ulcér. bucco-pharyng. choc avec collapsus c.v.	sang. plasma hydrocortisone larg. phénerg. antibiotiques trachéo + vent. artif.	-	D.C.D. le m.j. par arrêt cardiaque.

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - ACETO (Th.Jr), TERPLAN (K.) FIORE (RR),MUNSCHAUER (R.W.)
Chemical burns of the esophagus in children and
glucocorticoid therapy
J. MED. 1, n° 2, 101-109, 1970.
- 2 - ALLEN (RE), THOSHINSKY (MJ), STALLONE (RJ) et al,
Corrosive injury of the stomach
Arch. Surg. 100, 409-413, 1970
- 3 - ARENA (JM)
Treatment of caustic alkali poisoning
Mod. Trat, 8 , n° 3, 613-618, août 1971
- 4 - ARENA (JM), MARTIN (J.)
Lye poisoning and stricture of esophagus
Southern Med. J, 32, 286, 1939
- 5 - ASHCRAFT (KW.) et al,
Accidental caustic ingestion in Childhood
a review Pathogenesis and current concepts of treatment
Tex. Med. 68, 86-88, 1972
- 6 - AUGUSTE (Ch.) TACQUET (A.) et GUERRIN (F.)
Echecs de la corticothérapie dans la prévention des
sténoses gastriques consécutives à l'absorption de
liquides caustiques.
Arch. Mal. App. Digest, 48, n° 9, sept. 1959

7 - BAKER (RWR)

Studies on the reaction between sodium hypochlorite and proteins - physico-chemical study of the cause of the reaction.

Biochem. J, 41, 337-342, 1947

8 - BERFENSTAM (R.) et BESKOV (J.)

La mise à l'abri des poisons dans les maisons de familles comprenant des petits enfants.

Brit. J. Prev. Soc. Med. 16, 123-129, juillet 1962

9 - BIKHAZI (HB.), THOMPSON (EH.), SHUMRICK (DA.)

Caustic ingestion current status - A report of 105 cases.

Arch. Otolaryng 89, 770-773, 1969

10 - BISMUTH (C.), FREJAVILLE (J.P.), et PEBAY-PEYROULA (F.)

Les intoxications par les produits domestiques.

Cahiers Bailliere (Réanimation) n° 28, 121-137

11 - BOSHER. (L.H.) Jr., BURFORD (T.H.), et ACKERMAN (L.V.)

Pathology of experimentally produced lye burns and strictures of esophagus.

Thorac. Surg. 21, 483-489, 1951

12 - BOSCH DEL MARCO (L.M.),

Contribution al studio de la gastritis corrosiva

Estudio Clinico y Experimental

Ann. Fac. Med. Montevideo, 34, n° 8 y 9, 819-1010, 1949

13 - BRESLER (B.) (Melle)

Les intoxications aiguës par les solutions d'hypochlorite de soude commercialisées sous le nom d'eau de javel

Thèse, Paris 1967

- 14 - BYRNE (W.D.), SAMSON (P.C.), DUGAN (D.J.), NOEL (S.M.)
et MAY (I.A.)
Experimental lye burns of the esophagus in dogs -
The effects of steroid administration.
Surg. Forum, 13, 254-256, 1962
- 15 - CARRON (R.), et ROBIN (M.)
Les intoxications chez l'enfant
Courrier, 12, 77-84, février 1962
- 16 - CONSTANTIN (B.), EFTHYMIU (M.L.), et FREJAVILLE (J.P.)
Intoxication accidentelle par l'ammoniaque
Bull. Med.Leg.Toxicol. med, 8, n° 5, 377-380, sept. 1965
- 17 - DEBRAY (Ch.), HARDCUIN (J.P., DELAVIERRE (Ph.)
PIRONNEAU (A.), WEIL (J.)
Les gastrites caustiques, leur gravité, (à propos de
deux observations).
Presse Med. n° 45, 2099, 24 octobre 1962
- 18 - DEROT
Intoxications et maladies professionnelles
Coll. Med. Flammarion.
- 19 - DESMOL (A.), DESNEUX (J.A.), KINNAERT (P.) et al,
Corrosive gastritis due to the ingestion of a caustic.
Acta Chir. Belg. 67, 281-291, 1968
- 20 - DRIF (M.), DAOUD (R.), BENMATI (E.H.), CROZATIER (B.),
BELKACEMI (M.),
Bilan de l'activité du service de réanimation.
Alger, Communication à la Société de Médecine, 1970

- 21 - EFTHYMIU (T.) et EFTHYMIU (M.L.)
Intoxications par produits domestiques
Gaz.Med.France, 76, n° 18, 3851-3857, 25 juin 1969
- 22 - ERDOS (Z.), CURTEANU (G.), et MOCA (S.)
Considérations à propos de 100 cas d'intoxication
avec la soude caustique chez les enfants.
Viata. Med., 8, n° 15, 825-830, 15 août 1961
- 23 - FABRE (R.) TRUHAUT (R.) et REGNIER (M.Th.)
Traitement d'urgence des intoxications
(Bibliothèque de thérapeutique Médicale)- G.DOIN,
Edit. Paris, 1957
- 24 - FLOBERG (L.E), et KOCH (H.)
The effect of cortisone on the scarification in corrosive
lesion of the esophagus.
Acta Otolaryng Stockh. Suppl. 109, 33-48, 1953
- 25 - FOURNIER (E.) CHRETIEN (J.), MALLET (R.), PEQUIGNOT (H.)
Quels sont les dangers des produits à usage domestique ?
Presse Med. 74, n° 23, 1197-1199, 7 mai 1966
- 26 - FREJAVILLE (J.P.), EFTHYMIU (M.L.), et CHEINISSE (C.),
Notions pratiques sur les intoxications par les produits
domestiques -
Concours Med. 89, 1967, supplément au n° 7.
- 27 - FREJAVILLE (J.P.) et coll.
Intoxications par produits domestiques
E.M.C., Thérapeutique, fasc. 25 262 C 10, 6 - 1971

- 28 - FREJAVILLE (J.P.), BOURDON, CHRISTOFOROV, BISMUTH (C.)
PEBAY-PEYROULA
Toxicologie clinique et analytique.
Flammarion, 1971
- 29 - GAULTIER (M.)
Comment traiter les intoxications aiguës
Flammarion, Edit., Paris, 1957
- 30 - GAULTIER (M.), FOURNIER (E.), GERVAIS (P.)
Les intoxications aiguës
Synthèses cliniques, n° 26-27, J. Garnier, Edit. Paris.
- 31 - GENOT (A.), MESSIER (C.A.), et CHICOINE (L.)
L'intoxication aux corrosifs
Bull. Med. Leg. 12, n° 5, 247-248, Sept. Oct. 1969
- 32 - GLEASON, GOSSELIN et HODGE
Clinical toxicology of commercial products. Acute poisoning -
William and Wilkins, édit. Baltimore, 1963
- 33 - GREZES, RUEFF (C.) et MICHON (R.)
Suicide par ingestion d'ammoniaque
Ann. Med. lég. n° 5, 332-333, 1958
- 34 - HALLER (J.A.), et BACHMAN (K.)
The comparative effect of current therapy on experimental caustic burns of the esophagus.
Pediatrics 34, 236-245, 1964
- 35 - HANDFORD (S.W.)
Etude expérimentale de l'intoxication par l'ammoniaque
Gastro-Enterology, 36, n° 6, 770-779, juin 1959

- 36 - H. RDIN (J.C.) Jr.
Caustic burn of esophagus 10 - year analysis
Amer. J. Surg. 91, 742, 1956
- 37 - JACOBZINER (H.) et RAYBIN (H.W.)
Morts par ingestion de corrosifs
New-York State J. Med. 63, n° 13, 1969-1971
1er juillet 1963
- 38 - JACOBZINER (H.) et RAYBIN (H.W.)
Accidents mortels dûs à l'ingestion de produits
corrosifs
New York State J. Med. 1963, n° 13, 63, 1969-1971
in Bull. Med.Leg., 7, n° 6, 452, Nov. 1964
- 39 - JACOBZINER (H.) and RAYBIN (H.W.)
Potassium permanganate poisoning.
Arch.Pediat, 78, 19-22 (1961 c.)
- 40 - JANSSEN (H.H.) et UKLE (G.)
Suicide par intoxication avec l'esprit de sel
Schweiz.Med. Wschr. 91, n° 2, 54-58, 14 janvier 1961
- 41 - KERNODLE(G.W.), TAYLOR (G.), DAVIDSON (W.C.)
Lye poisoning in children
Amer. J. Dis. Children 75, 135, 1948
- 42 - LANDAU (G.D.), SAUNDERS (W.H.)
Effect of chlorin bleach on the esophagus
Arch. Otolaryng 80, 174, 1964
- 43 - LARCAN (A.), CALLEWAERT (M.), MARTIN (F.), PETIET (G.)
et GENETET (F.)
les intoxications par ingestion d'ammoniaque liquide.

- 44 - MAJOUNI (A.) TOUNSI (A.), BENYAHIA (B.)
Brûlures caustiques oesogastriques
II^e Congrès Médical Maghrébin, Alger mai 1972
- 45 - MARTIN (P.H.)
Dangereuse cuisine .
J.A.M., 183, n° 4, 296, 26 janvier 1963
- 46 - MEYTHALER (F.) et GROB (H.)
Intoxication aiguë par l'ammoniaque
Med. Kline, n° 5, 165-166, 1^{er} février 1957
- 47 - MONATH (Cl.) MANTZ (J.M.) et TEMPLE (J.D.)
Intoxication par ingestion de caustiques.
Thérapeutiques d'urgence.
J.Med. Strasbourg, 1, n° 12, 812-820, décembre 1970
- 48 - MOREAU (M.)
Intoxication chez l'enfant par produits ménagers.
Thèse, Paris 1958
- 49 - NEVEU (M.)
Des brûlures caustiques de l'oesophage.
E.M.C., App.Digest.Fasc. 9204 E 10, 3 - 1969
- 50 - NEWMAN (M.H.), NEWMAN (D.E.) RITTER (F.N.)
A clinical and experimental study of corrosive
burns of the stomach.
Ann. Otol. 77, 830-842, 1968
- 51 - PROTEAU (J.) et CHENISSE (C.)
L'eau de javel en toxicologie clinique.
Presse Med. 73, n° 34, 1971-1972, 10 et 17 juillet 1965

- 52 - RAY (E.S.), MORGAN (D.L.)
Cortisone therapy of lye burns of esophagus
J. Pediat. 49, 394, 1956
- 53 - ROSENBERG (N.), KUNDERMAN (P.J.), VROMAN (L.)
et MOOLTEN (S.E.)
Prevention of experimental lye strictures of the
esophagus by cortisone
Arch. Surg. Chicago, 63, 147-151 (1951)
- 54 - SENAULT (R.), MONNEAU (J.P.),
Intoxications par produits ménagers
E.M.C., Intoxications, fasc 16001 K 10, 7-1968
- 55 - SENAULT (R.) NEIMANN (N.), MANCEAUX (M.) et HENNIONE (E.)
Les intoxications accidentelles par produits ménagers
Rev.Prat. 13, n° 11, 1337-1360, 11 avril 1963
- 56 - SERGENT (H.)
Les oesophagites par absorption de caustiques :
leur traitement d'urgence et leur évolution.
Cahiers de Med. 12, (5), 383-389, 1971
- 57 - SERGENT (H.)
Les ingestions de caustiques dans les intoxications.
Maroc Med. n° 470, 624, juillet 1964
- 58 - SLAPINKER (S.), CRAWSHAW (G.R.)
Acid burns of the Stomach
S. African Méd. J. 28, 356-359, 1954
- 59 - STRANGE (D.C.), FINNERAN (J.C.), SHUMACKER (H.B.) Jr.
et BOWMAN (D.E.) -
Corrosive injury of the stomach. Report of a case caused
by ingestion of clorox and experimental study of inju-
rious effects.
Arch. of. Surg. 62, n° 3, 350-357, mars 1951

- 60 - STRODE (E.C.), DEAN (M.L.)
Acid burns of the stomach
Ann. Surg. 131, 801-811, 1950
- 61 - TABBARA (W.), DUMONT (G.) et DEROBERT (L.)
Intoxication par extrait d'eau de javel
Ann. Med. lég. 42, n° 4, 425-429, juillet-août 1962
- 62 - VINCENT (V.) (Mme) et ROCHE (L.)
Traitement d'urgence des intoxications par substances caustiques.
Rev. Lyon Méd. 19, n° spécial, 115-116, 1970
- 63 - WEISKOPF (A.)
Effects of cortisone on experimental lye burns of the esophagus.
Ann.Otol.Rhinol. Laryng. St Louis, 61, 681-691, 1952
- 64 - WILLIMOTT (S.G.) et FREIMAN (M.)
Potassium Permanganate poisoning
Brit. Méd. J, 1, 58-59, 1936
- 65 - YARRINGTON (C.T.) Jr.
Ingestion of caustics a pediatric problem.
J. Pediat. 67, 674-677 1965
- 66 - ZIDANE (L.)
Etude des intoxications aiguës (à propos de 3.332 cas observés dans le service de réanimation de l'hôpital d'El-Kettar, de 1966 à 1971).
Thèse, Alger 1972
-

T A B L E D E S M A T I E R E S

	Pages
. INTRODUCTION.....	1
I - ETUDE D'ENSEMBLE.....	3
II - ETUDE ANALYTIQUE :	
. Intoxication par ingestion d'eau de javel.....	17
. Intoxication par ingestion de soude,... .. de potasse et d'ammoniaque.....	30
. Intoxication par ingestion de permanga- nate de potassium.....	37
. Intoxication par ingestion d'acide chlorhydrique.....	40
III - CONCLUSIONS.....	74
. NOS OBSERVATIONS	
. BIBLIOGRAPHIE	

Vu le Président du JURY

Signé :

Vu le Doyen

Signé :

Vu et permis d'imprimer

Alger, le

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ALGER

Signé :

